

PM 2025:5

Flickors och kvinnors hälsa i Sverige

Delredovisning av uppdrag att följa upp satsningen
och analysera utvecklingen på området flickors och
kvinnors hälsa, inklusive förlossningsvård

Vård- och omsorgsanalys publikationer

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Rapporter beslutas av myndighetens styrelse. Promemior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens serie för promemior. Promemior beslutas av myndighetens generaldirektör.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Publikationen finns att hämta eller läsa på www.vardanalys.se.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

ISBN: 978-91-89933-26-2

Innehållsförteckning

Förord	4
Sammanfattning	5
Våra slutsatser	5
Vårt regeringsuppdrag fortsätter	7
1 Inledning	8
1.1 Uppdrag att följa upp satsningen och analysera flickors och kvinnors hälsa	8
1.2 Vi kartlägger flickors och kvinnors hälsa	8
1.3 Två mått beskriver hälsan	9
1.4 Omfattning och avgränsningar	11
1.5 I slutrapporten följer vi upp satsningen	12
1.6 Rapportens disposition	13
2 Hälsotillstånd som orsakar betydande sjukdomsbörda för flickor och kvinnor	14
2.1 Fem sjukdomsgrupper orsakar majoriteten av sjukdomsbördan bland kvinnor	14
2.2 Sjukdomsbördan varierar mellan olika åldersgrupper	18
2.3 Sjukdomsbördan av cancer och hjärt-kärlsjukdomar har minskat	24
2.4 Svenska kvinnors sjukdomsbörda liknar den för kvinnor i våra grannländer	25
2.5 Kvinnors sjukfrånvaro	26
3 Hälsotillstånd som är unika för flickor och kvinnor	30
3.1 Sju procent av kvinnors samlade sjukdomsbörda orsakas av kvinnospecifika tillstånd	30
3.2 Kvinnospecifika hälsotillstånd står för störst andel av sjukdomsbördan i mitten av livet	31
3.3 Många olika gynekologiska hälsotillstånd	33
3.4 Bröstcancer och gynekologisk cancer är vanligt	35
4 Skillnader i sjukdomsbörda mellan flickor och pojkar respektive kvinnor och män	36
4.1 Kvinnor lever längre än män, men med mer ohälsa	36
4.2 Könsskillnaderna i sjukdomsbörda skiljer sig mellan olika åldrar	37
4.3 Sjukdomsbördan har minskat för båda könen, men i större utsträckning för män	38
4.4 Betydande könsskillnader i sjukdomsbördan för olika sjukdomsgrupper	39
4.5 Internationella jämförelser	43
4.6 Kvinnor har betydligt mer sjukfrånvaro än män	47

5 Slutsatser	51
5.1 Cancer och hjärt-kärlsjukdomar bidrar mest till kvinnors sjukdomsbörda	51
5.2 Psykiatriska tillstånd påverkar flickor och kvinnor i alla åldrar, samma sak gäller smärttillstånd	52
5.3 Kvinnospecifika hälsotillstånd utgör en mindre del av sjukdomsbördan, men kan påverka andra delar av kvinnors hälsa	52
5.4 Vanligare med funktionsförlust och sjukfrånvaro för kvinnor än för män	53
5.5 Materialet väcker flera frågor	54
Referenser	56
Bilaga 1: Metod DALY-skattningar	60
Sjukdomsbörda är ett mått på befolkningens hälsoläge	60
Så beräknas sjukdomsbörda	61
Bilaga 2: Metod sjukfrånvaro	64
Sjukfrånvaro är ett sätt att beskriva konsekvenser av sjukdom	64
Vi inkluderar sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning	64
Bara längre sjukfrånvarofall ingår	64
Flera olika aspekter kan påverka nivån på sjukfrånvaro	65
Bilaga 3: Ytterligare analyser av sjukdomsbörda	66
Sjukdomsbörda i olika åldersgrupper för enskilda hälsotillstånd	66
Internationella jämförelser	69
Bilaga 4: Expertgrupp	72
Beslut	73

Förord

Sedan 2015 pågår en regeringssatsning för att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att följa upp satsningen och analysera utvecklingen på området. Det här är en delrapport i det uppdraget.

Arbetet med rapporten har letts av projektledaren Ylva Kalin. I projektgruppen har även utredaren Michael Tekle Palm och analytikern Linn Wallén ingått. Projektdirektören Johan Strömblad, utredaren Kajsa Hanspers och praktikanten Ilhan Soukkan har också deltagit i arbetet.

Vi vill tacka alla som på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten. Ett särskilt tack till Peter Allebeck och Anton Lager vid Karolinska Institutet som kommit med värdefulla inspel om vår användning av data från det globala projektet om befolkningens sjukdomsburda, *Global Burden of Disease* (GBD). Vi vill också särskilt tacka de personer som vi intervjuat, och vår expertgrupp som har lämnat värdefulla synpunkter och kommentarer på ett utkast av rapporten.

Stockholm maj 2025

Jean-Luc af Geijerstam

Myndighetschef

Sammanfattning

Sedan 2015 har regeringen genomfört en satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Inom ramen för satsningen har regionerna fått stimulansmedel, lagar ändrats och olika myndigheter fått flera uppdrag.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har tidigare följt upp satsningen inom två regeringsuppdrag. Det första slutredovisades 2020 och det andra 2023, och därefter har vi fått ett nytt regeringsuppdrag på området. Uppdraget bygger i stora delar vidare på tidigare uppdrag, men med ett tydligare fokus på att analysera flickors och kvinnors hälsa ur ett bredare perspektiv än enbart förlossningsvården.

I den här rapporten fokuserar vi på just den del av regeringsuppdraget som handlar om ett brett perspektiv på kvinnors hälsa. Vi använder begreppet sjukdomsbörda för att beskriva hur olika hälsotillstånd påverkar kvinnors hälsa på befolkningsnivå. Sjukdomsbördan mäts i funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years, DALY). Sjukdomsbördan är summan av de år som förlorats på grund av för tidig död och den friska tid som förlorats på grund av funktionsförlust orsakad av sjukdom eller skada. För att ytterligare belysa kvinnors hälsa har vi också analyserat sjukfrånvaro.

Vi har kartlagt:

- vilka hälsotillstånd som medför störst sjukdomsbörda för flickor och kvinnor
- hur stor sjukdomsbörda som orsakas av hälsotillstånd som enbart drabbar flickor och kvinnor
- hur sjukdomsbördan för flickor och kvinnor skiljer sig från den för pojkar och män.

Vår förhoppning är att rapporten ska tjäna som ett kunskapsunderlag för fortsatta satsningar på flickors och kvinnors hälsa och utveckling av vården.

Våra slutsatser

Vi har identifierat fyra huvudsakliga slutsatser.

- Cancer och hjärt-kärlsjukdomar bidrar mest till kvinnors sjukdomsbörda.
- Psykiatriska tillstånd och smärttillstånd påverkar kvinnors hälsa i alla åldersgrupper, och är därmed en genomgående utmaning.
- Kvinnospecifika tillstånd utgör en mindre andel av den totala sjukdomsbördan, men kan ha bredare påverkan på kvinnors hälsa över tid.
- Funktionsförlust bidrar mer till sjukdomsbördan för kvinnor än män, vilket särskilt hör samman med kvinnors större sjukdomsbörda inom psykiatriska

tillstånd, neurologiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Kvinnor har även en avsevärt högre sjukfrånvaro än män.

Cancer och hjärt-kärlsjukdomar bidrar mest till kvinnors sjukdomsbörda

Cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar tillhör våra stora folksjukdomar och är de sjukdomsgrupper som orsakar störst sjukdomsbörda för kvinnor. Tillsammans står de för en tredjedel av den totala sjukdomsbördan. Sjukdomsbördan från både hjärt-kärlsjukdomar och cancer har minskat avsevärt de senaste 20 åren, vilket är ett resultat av bland annat tidigare upptäckt, förbättrade behandlingsmetoder och ändrade levnadsvanor.

Det pågår flera insatser kopplade till cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar från olika aktörer, både för preventivt arbete samt upptäckt, behandling och efterföljande rehabilitering. Ett aktuellt exempel är regeringens pågående arbete med en uppdaterad cancerstrategi (Regeringskansliet 2024).

Psykiatriska tillstånd påverkar flickor och kvinnor i alla åldrar, och samma sak gäller smärttillstånd

För unga och medelålders kvinnor står depression, ångest, migrän och ländryggssmärta för en betydande andel av sjukdomsbördan, och stressrelaterade tillstånd bidrar starkast till sjukfrånvaro. Bland äldre kvinnor dominerar sjukdomsbördan av andra tillstånd, men psykiatriska tillstånd och smärttillstånd fortsätter ha betydande hälsopåverkan och är därmed en central utmaning för kvinnors hälsa genom alla livsfaser.

Kvinnospecifika hälsotillstånd utgör en mindre del av sjukdomsbördan, men kan påverka andra delar av kvinnors hälsa

Kvinnospecifika tillstånd är de hälsotillstånd som bara drabbar flickor och kvinnor. Det handlar dels om olika cancersjukdomar, dels om gynekologiska sjukdomar och mödrasjukdomar. De kvinnospecifika tillstånden utgör 7 procent av kvinnors totala sjukdomsbörda, och i åldersgruppen 25–44 år är andelen som störst, 12 procent.

Förlossningsvården i Sverige är generellt sett god och säker, vilket avspeglas i den låga mödradödligheten. Graviditet och förlossning har varit ett prioriterat område inom satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Samtidigt utgör sjukdomsbördan som är kopplad till graviditet och förlossningen en mycket liten andel (0,03 procent) av kvinnors totala sjukdomsbörda.

Flera gynekologiska hälsotillstånd kan dock påverka kvinnors hälsa på längre sikt. Bland annat har kvinnor som kommer i klimakteriet tidigt en förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdomar och benskörhet, och vid polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS) ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Dessutom visar studier att kvinnor som drabbas av graviditetskomplikationer, som graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och högt blodtryck, löper en ökad risk att drabbas av sjukdom senare i livet.

Vanligare med funktionsförlust och sjukfrånvaro för kvinnor än för män

Kvinnors och mäns sjukdomsbörda skiljer sig åt genom att kvinnor förlorar fler friska levnadsår på grund av funktionsförlust, medan män oftare dör i förtid. En drivande faktor är kvinnors överrepresentation i psykiatriska tillstånd, neurologiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Kvinnor har också en betydligt högre sjukfrånvaro än män. Den enskilt största förklaringen till det är skillnader i sjukfrånvaro på grund av stressrelaterade tillstånd.

De senaste 20 åren har medellivslängden ökat för både kvinnor och män, men mer för män. Det innebär att sjukdomsbördan relaterad till förtida död har minskat. Sjukdomsbördan relaterad till funktionsförlust har däremot ökat för båda könen, och är omkring 30 procent högre för kvinnor än för män.

Det är positivt att könsskillnaden i medellivslängd minskar. Men den fortsatta könsskillnaden relaterad till funktionsförlust lyfter fram behovet av att minska kvinnors sjukdomsbörda och öka jämställdheten i hälsa genom att fokusera på insatser som minskar kvinnors funktionsförlust.

Vårt regeringsuppdrag fortsätter

I det fortsatta arbetet med regeringsuppdraget kommer vi följa upp satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Vi planerar bland annat att analysera insatserna som gjorts inom ramen för satsningen, både på regional och statlig nivå, och vi kommer analysera utvecklingen för kvinnors hälsa, både i relation till förlossningsvården och ur ett bredare perspektiv.

1 Inledning

Den här rapporten är en del av ett regeringsuppdrag att följa upp regeringens satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa, samt att analysera utvecklingen av flickors och kvinnors hälsa. Rapporten kartlägger flickors och kvinnors hälsa på befolkningsnivå. Vår förhoppning är att rapporten ska tjäna som ett kunskapsunderlag för fortsatta satsningar på flickors och kvinnors hälsa och utveckling av vården.

1.1 Uppdrag att följa upp satsningen och analysera flickors och kvinnors hälsa

Sedan 2015 pågår en regeringssatsning för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor, framför allt förlossningsvården. Inom ramen för satsningen har regeringen ingått flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), genom vilka regeringen fördelat stimulansmedel till regionerna. Satsningen innefattar även lagändringar och uppdrag till myndigheter, bland annat Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Vård- och omsorgsanalys har tidigare följt upp satsningen inom ramen för två regeringsuppdrag, varav det första uppdraget slutredovisades 2020 (Vård- och omsorgsanalys 2020) och det andra 2023 (Vård- och omsorgsanalys 2023).

Sedan 2023 har vi i uppdrag att följa upp satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa ur ett system- och patientperspektiv under perioden 2023–2025, samt analysera utvecklingen av flickors och kvinnors hälsa (Socialdepartementet 2023). I uppdraget ingår att analysera om satsningen på förlossningsvården och kvinnors hälsa har bidragit till att hälso- och sjukvården, där förlossningsvården ingår, har utvecklats och anpassats till flickors och kvinnors vårdbehov. Det ingår även att göra fördjupade analyser av utvecklingen inom hälso- och sjukvård för flickor och kvinnor brett. Slutligen ska vi identifiera områden där den medicinska kvaliteten och riktlinjer behöver utvecklas.

1.2 Vi kartlägger flickors och kvinnors hälsa

I våra tidigare uppföljningar har vi påpekat att det är relevant att överväga insatser inom andra områden än de som hittills berörts av satsningen, för att uppnå en mer jämlik hälsa och minska kvinnors ohälsa (Vård- och omsorgsanalys 2023). Våra reflektioner handlade om ifall satsningen på kvinnors hälsa, som till stora delar berört graviditets- och förlossningsvården, träffar rätt med utgångspunkt från kvinnors hälsoproblem och behov av vård, och i det uppdrag vi nu fått av regeringen ingår också att analysera flickors och kvinnors hälsa ur ett bredare perspektiv.

I den här rapporten tar vi ett första steg i en sådan analys, genom att använda begreppet sjukdomsbörda för att beskriva hur mycket olika sjukdomstillstånd påverkar hälsan på befolkningsnivå. Sjukdomsbördan mäts i funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years, DALY), och är summan av de år som förlorats på grund av för tidig

död och den friska tid som förlorats på grund av funktionsförlust orsakad av sjukdom eller skada.

Vi har valt att undersöka flickors och kvinnors sjukdomsbörda utifrån tre perspektiv:

- Områden som skapar störst sjukdomsbörda för flickor och kvinnor.
- Områden som är unika för flickor och kvinnor, eftersom de inte drabbar pojkar och män.
- Områden som skapar mer sjukdomsbörda för flickor och kvinnor än pojkar och män.

Genom att undersöka flickors och kvinnors sjukdomsbörda ur de här tre perspektiven vill vi bredda diskussionen om hur kvinnors hälsa ser ut. Därmed hoppas vi skapa bättre förutsättningar för framtida satsningar på ökad jämställdhet i vården. För att få ytterligare ett perspektiv på kvinnors hälsa presenterar vi också analyser av sjukfrånvaro.

1.2.1 Utgångspunkten är flickors och kvinnors sjukdomsbörda

Syftet med rapporten är att kartlägga flickors och kvinnors hälsoproblem på befolkningsnivå. Kartläggningen utgår från tre frågor:

- Vilka hälsotillstånd bidrar mest till kvinnors sjukdomsbörda?
- Hur stor del av sjukdomsbördan är kopplad till kvinnospecifika hälsotillstånd?
- Hur skiljer sig sjukdomsbördan mellan kvinnor och män?

Sammantaget ger svaren på frågorna en bild av vilka områden som kan vara relevanta att undersöka vidare i en analys av vårdens funktionssätt och dess kapacitet att möta flickors och kvinnors vårdbehov.

1.3 Två mått beskriver hälsan

I det här avsnittet beskriver vi kortfattat våra viktigaste datakällor och metoder, och i bilaga 1 och 2 ger vi en mer utförlig beskrivning av datakällorna och hur vi använt dem.

1.3.1 Skattningar på sjukdomsbörda från det globala sjukdomsbördeprojektet

DALY är ett mått som tar hänsyn till både sjuklighet och dödlighet, eftersom det utgör summan av förlorade år på grund av för tidig död (Years of Life Lost, YLL) och förlorade friska år till följd av funktionsförlust orsakad av sjukdom eller skada (Years Lost to Disability, YLD). Funktionsförlust uppskattas för alla tillstånd som på något sätt leder till tillfälligt eller varaktigt nedsatt hälsa. (Institute for Health Metrics and Evaluation 2025).

Med hjälp av DALY går det att jämföra hur stor sjukdomsbörda olika hälsotillstånd orsakar i befolkningen, även om de ger upphov till olika typer av konsekvenser. Exempelvis kan sjukdomsbördan av hjärt-kärlsjukdomar, som i stor utsträckning leder till förtida död jämföras med sjukdomsbördan av långvarig smärta som påverkar funktionsförmågan, men inte livslängden. Måttet används för att beräkna den totala sjukdomsbördan på befolkningsnivå. Beräkningarna av förlorade levnadsår utgår från att varje dödsfall, oavsett personens ålder, innebär en förlust i förhållande till en teoretiskt optimal livslängd.

Estimaten på sjukdomsbörda som vi använder har tagits fram inom det så kallade globala sjukdomsbördeprojektet, *Global Burden of Disease* (GBD), som leds av Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) vid University of Washington, Seattle, USA. I rapporten analyserar vi primärt data från den senaste versionen av GBD, som avser år 2021, men gör även jämförelser över tid för perioden 2001–2021.

Osäkerheten i skattningarna skiljer sig mellan olika hälsotillstånd

Metoden som används i GBD-projektet är komplex, och graden av osäkerhet i skattningarna beror på kvaliteten i datakällorna och de modellantaganden som används. Osäkerheten är större när dataunderlaget är begränsat.

För skattningar av förtida död används i Sveriges fall data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister, vilket innebär låg osäkerhet. Uppgifter om sjukdomsprevalens, sjukdomslängd och funktionsförlustvikter – som ligger till grund för beräkningar av funktionsförlust – är däremot ofta mer osäkra. Därför är osäkerheten generellt större för tillstånd som främst orsakar funktionsförlust än för dem som främst leder till förtida död.

Trots att skattningarna emellanåt har stor statistisk osäkerhet möjliggör de jämförelser av sjukdomsbörda mellan olika hälsotillstånd, kön, åldrar, länder och år, baserat på en sammanvägning av den bästa tillgängliga datan.

1.3.2 Sjukfrånvaro används som exempel på konsekvenser av sjukdom

För att beskriva kvinnors hälsa ytterligare gör vi också analyser av sjukfrånvaro. Sjukfrånvaro är ett mått på den sjukdomsförekomst som påverkar arbetsförmågan hos personer i arbetsför ålder. Det kan också betraktas som ett exempel på sjukdomens konsekvenser. Konsekvenserna kan gälla individens perspektiv, i form av personligt lidande, påverkan på livsinkomst och framtida pension. De kan också gälla ett samhälls-ekonomiskt perspektiv, genom produktionsbortfall och kostnader för sjukförsäkringen.

Statistiken över sjukfrånvaro har vi fått från Försäkringskassan. Vi utgår från data som omfattar ersatta nettodagar för sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning. Bara sjukfrånvarofall som är längre än 14 dagar ingår i statistiken, eftersom kortare sjukfrånvarofall inte ersätts av Försäkringskassan. Det innebär att vissa tillstånd som ofta orsakar kortvarig frånvaro, som migrän eller menstruationsrelaterad smärta, inte fångas i den här analysen, trots att de kan ha betydande påverkan på kvinnors hälsa och arbetsliv.

Analysen avser sjukfrånvaro under perioden 2019–2023. Tidsramen valdes för att centrera analysen kring 2021, vilket möjliggör jämförelser med data om sjukdomsbörda från samma år, samtidigt som covid-19-pandemins påverkan på sjukfrånvaron delvis balanseras ut.

1.3.3 Intervjuer och expertgrupp

För att fördjupa vår förståelse av hälsotillstånd som medför stor sjukdomsbörda för flickor och kvinnor har vi genomfört sonderande intervjuer med företrädare för patientorganisationer och vårdprofessionen. Fokus har legat på följande tillstånd: bröstcancer, lungcancer, ischemisk hjärtsjukdom, stroke, ländryggssmärta, demenssjukdomar, kol, astma, migrän, fallskador, depression och ångestsyndrom.

Dessutom har en referensgrupp med experter tagit del av ett tidigt utkast av rapportens inledande kapitel och resultatkapitel, lämnat synpunkter samt deltagit i ett möte för att diskutera rapportutkastet. Vilka som deltagit i expertgruppen redovisas i bilaga 4.

1.4 Omfattning och avgränsningar

I det här avsnittet beskriver vi vilka avgränsningar vi gjort och vilka tolknings- begränsningar de metodologiska valen innebär.

1.4.1 Så använder vi begreppet ”kvinnors hälsa”

Trots att termer som kvinnors hälsa och kvinnohälsa används i många sammanhang saknas det en vedertagen definition av begreppen. Traditionellt har begreppen ofta varit synonyma med kvinnors reproduktiva hälsa, men i en bredare bemärkelse ingår samtliga aspekter av kvinnors fysiska och psykiska hälsa och sjukdomar. Motsvarande terminologi för män (”mäns hälsa”/”manshälsa”) är ovanlig.

Det finns också olika sätt att se på vad som avses med ”kvinna”. Kön kan ses utifrån till exempel ett biologiskt, socialt eller juridiskt perspektiv. I den här rapporten använder vi oss av olika statistiska datakällor för att beskriva flickors och kvinnors hälsa. De är i stor utsträckning baserade på folkbokföringsdata, som delar upp befolkningen i två kategorier: ”kvinnor” och ”män”. Vi är därmed begränsade till den juridiska definitionen av kön. Tidigare studier har visat att transpersoner har sämre hälsa än övriga befolkningen, vilket kan behöva belysas ytterligare, även om vi inte har möjlighet att göra det i den här rapporten (Folkhälsomyndigheten 2023b).

1.4.2 Hälsan hos en individ påverkas av en mängd faktorer

Hälsan hos en individ formas genom ett samspel mellan både individuella faktorer och generella förhållanden i samhället. Dessa brukar kallas hälsans bestämningsfaktorer, och innefattar allt från biologiska faktorer, levnadsvanor, utbildning och inkomster till förhållanden på en övergripande samhällsnivå, exempelvis miljöaspekter och samhälls-ekonomi. De flesta av faktorerna är påverkbara. Andra är svårare att påverka, som biologiskt kön, ålder och arv. I vår rapport kartlägger vi inte bestämningsfaktorerna utan fokuserar på utfallet i hälsa, mätt som sjukdomsburda.

1.4.3 Jämförelser utifrån kön, ålder över tid och mellan länder

Med hjälp av DALY har vi kunnat jämföra sjukdomsburdan mellan kvinnor och män, olika åldersgrupper, år samt mellan länder. När det gäller sjukfrånvaro har vi jämfört kvinnor och män samt olika åldersgrupper. Det har gett oss en övergripande bild av hälsan i olika befolkningsgrupper. Dock saknas det inom GBD-projektet data som möjliggör jämförelser baserat på faktorer som boendeort, födelseland, utbildning, yrke, inkomst, sexuell läggning och civilstånd. Det är väl känt att dessa faktorer kan ha en betydande påverkan på hälsa (Folkhälsomyndigheten 2023a). För att få en mer heltäckande bild av kvinnors hälsa och könsskillnader i hälsa skulle vi behöva ta hänsyn till de faktorerna i analysen.

Inom GBD-projektet kan man inte heller göra analyser av multisjuklighet, det vill säga analysera hur det påverkar personer att ha flera sjukdomar samtidigt. Multisjuklighet är vanligt, särskilt bland äldre, bland kvinnor och bland personer med kort utbildning (SOU

2010:48). Vi har i en tidigare rapport konstaterat att multisjuka personer är en särskilt utsatt grupp i hälso- och sjukvården, bland annat för att de har ett stort sjukvårdsbehov, och ett stort behov av att samordningen mellan olika vård- och omsorgsinstanser fungerar (Myndigheten för vårdanalys [Vårdanalys] 2014).

1.4.4 Uppdelning av befolkningen i fyra åldersgrupper

Vi gör flera åldersuppdelade analyser i rapporten, för att visa vilka hälsotillstånd som dominerar i livets olika faser. Ett sådant perspektiv är viktigt vid en kartläggning av kvinnors hälsa, eftersom faktorer som påverkar hälsan varierar under livet. Det handlar både om biologiska faktorer som till exempel hormonella variationer, men också om sociala faktorer såsom villkor, möjligheter och behov.

För att kunna analysera hur sjukdomsbördan och sjukfrånvaron varierar i olika faser i livet har vi delat upp befolkningen i fyra åldersgrupper: 10–24 år, 25–44 år, 45–69 år, samt 70 år och äldre. På så sätt kan vi spegla flickor och unga kvinnor (10–24 år), kvinnor som är i en fas där många etablerar sig vad gäller arbetsmarknad och familjebildning (25–44 år), medelålders kvinnor (45–69 år) och äldre kvinnor (70 år och äldre).

Vi har valt att exkludera de yngsta åldrarna ur analysen (0–10 år). Skälet är att vi vill fokusera på åldrar där skillnader i hälsa mellan könen blir mer tydliga, bland annat på grund av puberteten.

1.4.5 Inga analyser av ouppfyllda vårdbehov

I vårt uppdrag ingår att analysera om satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa har bidragit till att hälso- och sjukvården utvecklats och anpassats efter flickors och kvinnors vårdbehov. Som ett första steg har vi valt att göra en fördjupad analys av kvinnors hälsa, där vi utgår från kvinnors sjukdomsbörda på befolkningsnivå.

Det är dock viktigt att betona att våra analyser av sjukdomsbördan inte visar i vilken utsträckning hälso- och sjukvården möter dessa tillstånd med adekvata insatser. De data vi använder gör det inte möjligt att skilja mellan hälsorelaterade behov, alltså skillnaden mellan nuvarande hälsoläget och ett optimalt sådant, och vårdbehov, det vill säga insatser som borde erbjudas men som uteblir, till exempel på grund av resursbrist, bristande styrning eller ojämlik tillgång till vård.

Sjukdomsbörda fångar alltså hälsorelaterade behov i befolkningen, men inte vårdbehov i sig. För att det ska uppstå ett vårdbehov behöver det finnas tillgängliga och effektiva behandlingsmöjligheter. Om sådana saknas för ett visst tillstånd räknas det därför inte som ett ouppfyllt vårdbehov.

Att identifiera ouppfyllda vårdbehov kräver andra typer av analyser än de vi gör i den här rapporten. Vårt fokus ligger därför på att beskriva sjukdomsbördan – inte på att bedöma om vården är tillräcklig eller jämnt fördelad.

1.5 I slutrapporten följer vi upp satsningen

En central del i vårt regeringsuppdrag handlar om att följa upp satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa, vilket vi kommer göra i slutrapporten som publiceras i maj 2026.

Syftet med slutrapporten är att beskriva om och i så fall hur satsningen har påverkat utvecklingen av hälso- och sjukvården, inklusive förlossningsvården, för flickor och kvinnor. Det gör vi bland annat genom att analysera insatserna som gjorts inom ramen för satsningen, både på regional och statlig nivå. Vi kommer också analysera utvecklingen för kvinnors hälsa, både i relation till förlossningsvården och ur ett bredare perspektiv.

1.6 Rapportens disposition

Kapitel 2 kartlägger vilka hälsotillstånd som bidrar mest till kvinnors sjukdomsbörda och sjukfrånvaro. Kapitel 3 fokuserar på hälsotillstånd som enbart drabbar flickor och kvinnor. Kapitel 4 jämför hur sjukdomsbördan och sjukfrånvaro bland kvinnor skiljer sig från mäns sjukdomsbörda och sjukfrånvaro. I kapitel 5 sammanfattar vi våra slutsatser.

2 Hälsotillstånd som orsakar betydande sjukdomsbörda för flickor och kvinnor

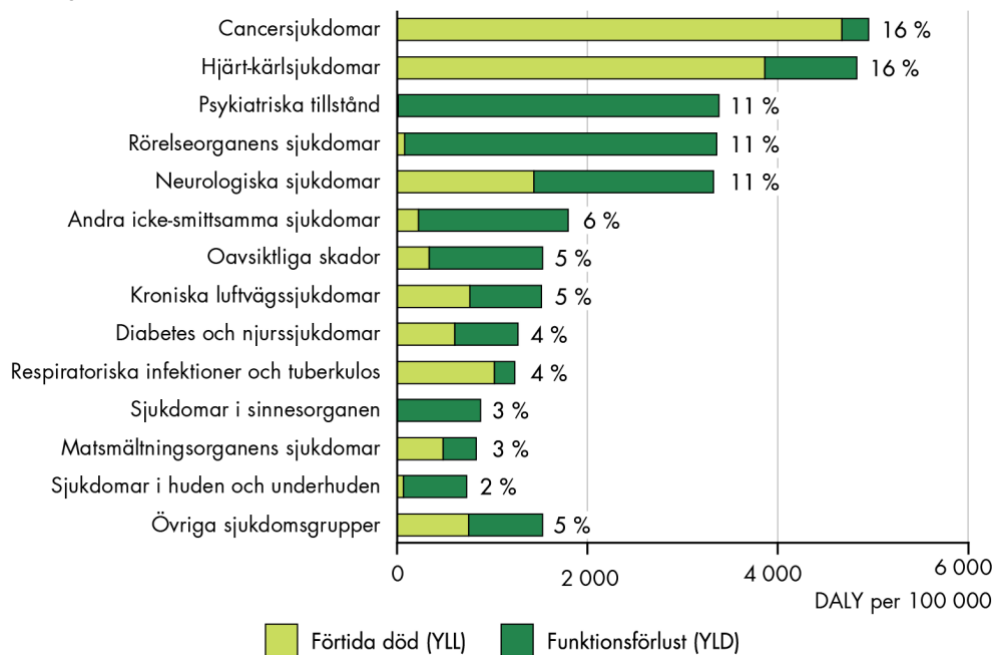
I det här kapitlet redovisar vi vilka hälsotillstånd som bidrar mest till sjukdomsbördan för flickor och kvinnor i Sverige. Vi ger en översikt av vilka sjukdomsgrupper som orsakar störst sjukdomsbörda och ger mer detaljerade resultat över de viktigaste sjukdomsgrupperna. Vi konstaterar följande:

- Cancer och hjärt-kärlsjukdomar är de främsta orsakerna till kvinnors sjukdomsbörda i Sverige. Tillsammans står de för knappt en tredjedel av den totala sjukdomsbördan. Även sjukdomar i rörelseorganen, neurologiska sjukdomar och psykiatriska tillstånd är betydande, där varje grupp står för cirka 11 procent vardera.
- Kvinnors sjukdomsbörda av både hjärt-kärlsjukdomar och cancer har minskat avsevärt under de senaste 20 åren – med 38 respektive 15 procent. Däremot har sjukdomsbördan från rörelseorganens sjukdomar ökat med 16 procent, neurologiska sjukdomar med 3 procent och psykiatriska tillstånd med 8 procent. Ökningen av psykiatriska tillstånd är kopplad till en uppgång i depression och ångestsyndrom i samband med covid-19-pandemin.
- Vissa hälsotillstånd återkommer som särskilt belastande för flickor och kvinnor. Det handlar om depression, ångest, migrän och ländryggsmärta. De tillstånden skapar betydande sjukdomsbörda i alla åldersgrupper.
- Psykiatriska tillstånd är den enskilda sjukdomsgrupp som orsakar flest sjukskrivningar bland kvinnor. Särskilt vanligt är sjukskrivningar till följd av stressrelaterad psykisk ohälsa. Även sjukdomar i rörelseorganen leder till flera sjukskrivningar för kvinnor, men inte i lika stor utsträckning som för några decennier sedan.

2.1 Fem sjukdomsgrupper orsakar majoriteten av sjukdomsbördan bland kvinnor

Figur 1 visar den del av sjukdomsbördan som består av förtida död med ljusgrönt och den del som består av funktionsförlust med mörkgrönt. Cancersjukdomar är den sjukdomsgrupp som orsakar störst sjukdomsbörda för kvinnor i Sverige, följt av hjärt-kärlsjukdomar, psykiatriska tillstånd, rörelseorganens sjukdomar och neurologiska sjukdomar.

Figur 1. Sjukdomsgrupper med störst bidrag till sjukdomsburdan bland kvinnor 10 år och äldre i Sverige, 2021.



Källa: Globala sjukdomsburdeprojektet (GBD).

2.1.1 Cancersjukdomar orsakar störst sjukdomsburda

Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 sjukdomar där celler på någon plats i kroppen börjat dela sig okontrollerat, och så småningom bildar tumörer. Cancer är mycket vanligt. År 2021 fick nästan 69 000 personer i Sverige ett cancerbesked, varav 48 procent var kvinnor (Cancerfonden & Socialstyrelsen 2023). Cancer står för 16 procent av den samlade sjukdomsburdan för kvinnor. Medan bröstcancer är den cancerform som är vanligast bland kvinnor i Sverige, bidrar lungcancer (inklusive bronk- och luftstrups-cancer) mest till den totala sjukdomsburdan för flickor och kvinnor. Bröstcancer står för nästan en tredjedel av all cancer bland kvinnor, och allt fler diagnostiseras med bröstcancer. Samtidigt har överlevnaden i bröstcancer ökat över tid, och i dag överlever nästan nio av tio kvinnor som insjuknar sin cancer minst tio år efter diagnos (Cancerfonden & Socialstyrelsen 2023). Lungcancer är en av de cancersjukdomar som har sämst prognos. Det beror på att de flesta som får diagnosen lungcancer redan har långt gången sjukdom, är äldre och även har andra sjukdomar som är relaterade till rökning, till exempel kol eller hjärt-kärlsjukdomar (Cancerfonden & Socialstyrelsen 2023).

2.1.2 Hjärt-kärlsjukdomar orsakar näst störst sjukdomsburda

Hjärt-kärlsjukdomar är sjukdomar i hjärtat eller blodkärlen. Några exempel på vanliga sådana sjukdomar är hjärtinfarkt, stroke, kärlkramp, transitorisk ischemisk attack (TIA), benartärsjukdom, ventrombos, lungemboli, hypertoni och medfödda hjärtfel. Hjärt-kärlsjukdomar utgör 16 procent av den samlade sjukdomsburdan för kvinnor. Hjärt-kärlsjukdomar är också den vanligaste orsaken till död bland kvinnor i Sverige (Socialstyrelsen 2024c). Både insjuknande och dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar har minskat de senaste decennierna tack vare förbättringar i förebyggande insatser och behandling. Framöver väntas cancer bli den vanligaste dödsorsaken (Socialstyrelsen 2025a).

2.1.3 Psykiatriska tillstånd orsakar betydande sjukdomsbörda

I kategorin psykiatriska tillstånd ingår dels psykiska sjukdomar och syndrom (till exempel ångest, depression, schizofreni, bipolär sjukdom och ätstörningar), dels neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (till exempel autism och adhd). Kategorin utgör 11 procent av kvinnors samlade sjukdomsbörda.

De tillstånd som bidrar mest till kvinnors sjukdomsbörda bland de psykiatriska tillstånden är depression och ångestsyndrom. Schizofreni, som kommer på plats tre, utgör en tiondel av sjukdomsbördan som depression och ångest genererar tillsammans.

Depression kännetecknas av nedstämdhet, nedsatt energi, och att tappa lusten till sådant som personen brukar tycka om att göra. Andra symtom kan vara förlust av självtillit, skam och skuldkänslor, tankar på döden eller suicid, svårighet att tänka eller obeslutsamhet, sömnsvårigheter och aptitförändring. Ångestsyndrom innebär en återkommande svårhanterlig rädsla eller oro i vissa situationer eller i förhållande till vissa företeelser (Socialstyrelsen 2021b). Både nedstämdhet och oro är naturliga känslor som alla upplever under livet, men som blir ett problem när känslorna tar upp en så stor del av en persons liv att personen begränsas i sin vardagliga funktion under en längre period.

Som framgår av figur 1 består sjukdomsbördan från psykiatriska tillstånd i GBD-statistiken nästan enbart av funktionsförlust (YLD). Samtidigt finns en stark koppling mellan psykisk sjukdom och förtida död till följd av suicid. I ICD-systemet anges dock enbart "suicid" som dödsorsak, utan information om underliggande tillstånd. Suicid klassificeras därför under en annan sjukdomsgrupp än psykiatriska tillstånd ("självttillfogade skador", i figur 1 inkluderat i kategorin övriga sjukdomsgrupper). Det innebär också att vi i statistiken inte kan fastställa i vilken utsträckning suicid är en följd av psykiatriska diagnoser.

2.1.4 Rörelseorganens sjukdomar vanlig orsak till funktionsförlust hos kvinnor

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för över 200 olika sjukdomar och skador i skelettet, lederna och musklerna (Jansson & Alexanderson 2011). Rörelseorganens sjukdomar kallas också för muskuloskeletala sjukdomar. Rörelseorganens sjukdomar stod 2021 för 11 procent av den samlade sjukdomsbördan för kvinnor i Sverige.

Det allra mesta av sjukdomsbördan som härstammar från rörelseorganen är smärta och värk. Störst bidrag kommer från smärta i rygg, främst ländrygg men även smärta i nacke och skuldror är vanligt. Många får lättare och övergående smärta som kan ses som en del av livet, medan andra får långvariga och funktionsnedsättande besvär. Ländryggsmärta uppskattas utgöra 32 procent av sjukdomsbördan som skapas av rörelseorganens sjukdomar och 4,6 procent av kvinnors totala sjukdomsbörda. Motsvarande siffror för nacksmärta är 12 procent och 1,7 procent.

Andra vanliga sjukdomar i rörelseorganen för kvinnor är Reumatoid artrit (ledgångsreumatism) och osteoporos (benskörhet). Reumatoid artrit är en inflammatorisk sjukdom som kan skapa inflammation i lederna. Det är inte klarlagt vad som orsakar sjukdomen, men risken att utveckla reumatoid artrit stiger med åldern. Osteoporos är ett hälsotillstånd som främst drabbar äldre, och som beskrivs närmare i avsnitt 2.2.2

Rörelseorganens sjukdomar orsakar sällan förtida död, men de orsakar både stort lidande och höga samhällskostnader, bland annat genom att de som drabbas får sämre livskvalitet på grund av smärta, sämre rörlighet och minskat oberoende. Dessutom leder många av rörelseorganens sjukdomar till nedsatt arbetsförmåga, långtidssjukskrivning och kan även öka risken för andra sjukdomar, som hjärt-kärlsjukdomar (Socialstyrelsen 2021a). Forte lyfter i en kartläggning av behovet av forskning om kvinnors sjukdomar fram att det behövs större kunskap om de mekanismer som bidrar till rörelseorganens sjukdomar, särskilt hos kvinnor. Forte lyfter också att det behövs kunskap om hur mekanismer skiljer sig mellan könen för att kunna utveckla jämlik vård och behandling (Forte 2023).

2.1.5 Demens och migrän centrala orsaker till neurologisk sjukdomsbörda

Även neurologiska sjukdomar skapar betydande sjukdomsbörda, 11 procent av den totala sjukdomsbördan för kvinnor. Störst sjukdomsbörda orsakar demenssjukdomar (bland annat Alzheimers sjukdom), följt av migrän och Parkinsons sjukdom.

Demenssjukdomar kännetecknas av nedsatt förmåga att minnas, tänka eller fatta beslut. Det finns flera typer av demenssjukdomar. Alzheimers sjukdom är den vanligaste. Demenssjukdomar går i nuläget inte att bota, och syftet med de insatser som ges från hälso- och sjukvården och socialtjänsten är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt i sjukdomens olika skeden (Socialstyrelsen 2017).

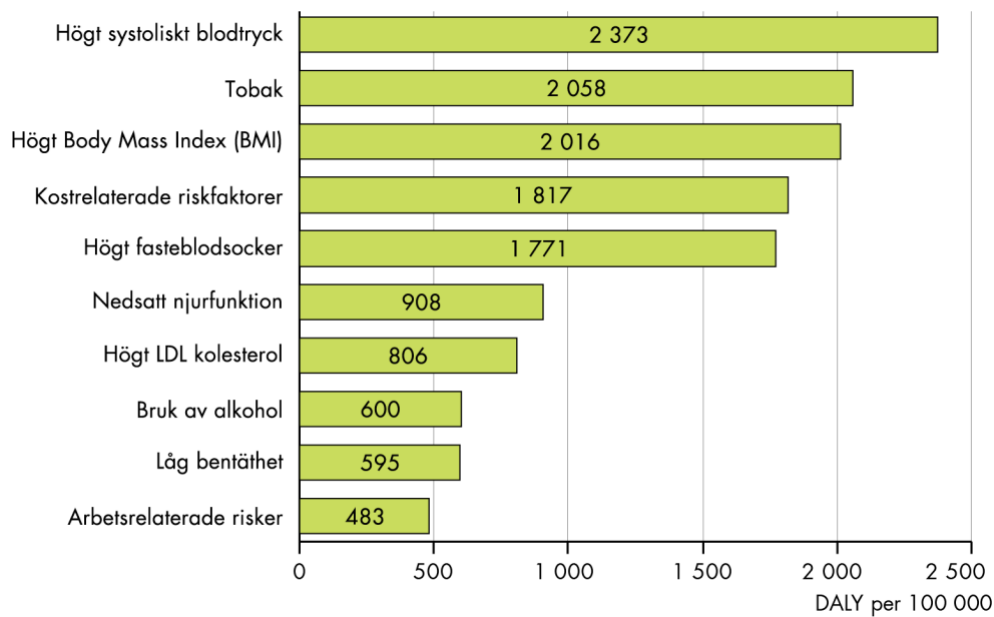
Risken för demens ökar exponentiellt med åldern. Andra riskfaktorer är kort utbildning, högt blodtryck, rökning, obesitas, hörselskador, depression, diabetes, fysisk inaktivitet, och låg social kontakt (Livingston m.fl. 2017). Sjukdomen påverkar i hög utsträckning närstående. Det är inte ovanligt att utveckla depression som följd av den påfrestningen som det innebär att vara närstående till en svårt demenssjuk (Cheng 2017).

Migrän är en kronisk neurologisk sjukdom som kännetecknas av återkommande episoder av huvudvärk, ofta i kombination med illamående, kräkningar och ökad känslighet för ljus och ljud. Utan behandling kan ett migränanfall pågå från några timmar upp till tre dygn. Det finns många olika migränformer och svårighetsgraden varierar. Kronisk migrän innebär att personen har huvudvärk minst 15 dagar per månad (Aguilar-Shea, Membrilla Md & Diaz-de-Teran 2022).

2.1.6 Högt blodtryck, tobak och högt BMI de viktigaste riskfaktorerna

GBD-projektet kvantifierar vilken effekt olika riskfaktorer har på sjukdomsbördan. Totalt ingår 88 påverkbara och mätbara riskfaktorer i GBD-projektets databas, och sammantaget uppskattas de förklara en tredjedel av kvinnors sjukdomsbörda. Det finns dock påverkbara riskfaktorer som är relevanta för hälsan och som inte ingår i GBD-databasen, exempelvis stress.

Figur 2 visar de 10 största riskfaktorerna för ohälsa och deras bidrag till sjukdomsbördan för kvinnor i Sverige enligt GBD-databasen. Högt blodtryck och tobak är de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsbördan för kvinnor, följt av högt BMI, kostrelaterade faktorer, och högt blodsocker.

Figur 2. Riskfaktorer med störst bidrag till kvinnors sjukdomsörda i Sverige, 10 år och äldre, 2021.

Källa: Globala sjukdomsördeprojektet (GBD).

2.2 Sjukdomsördan varierar mellan olika åldersgrupper

Hälsan hos en person är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende formar förutsättningar för ett hälsosamt liv (SOU 2016:55). Sjukdom i ung ålder kan orsaka hälsoproblem som ackumuleras under livets gång. En god fysisk och psykisk hälsa bland ungdomar och unga vuxna är därför en grundläggande förutsättning för bästa möjliga hälsa i vuxen ålder.

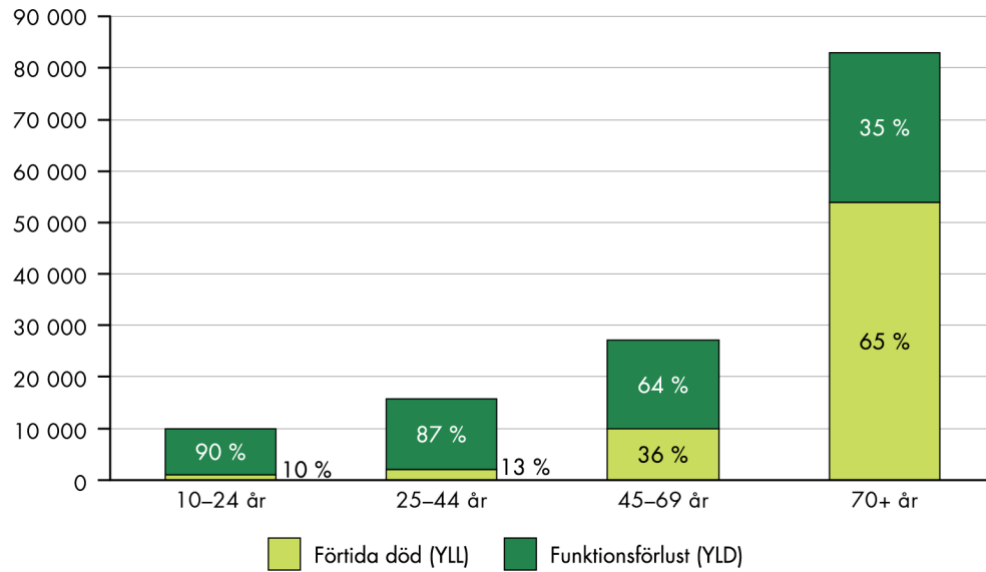
När man ser på den samlade sjukdomsördan under kvinnors liv så är det främst hjärt-kärlsjukdom, framför allt hjärtinfarkt, och olika cancersjukdomar som skapar sjukdomsörda, det vill säga sjukdomar som framför allt drabbar äldre. För att fånga vad som leder till ohälsa i olika perioder av flickors och kvinnors liv har vi analyserat vad som bidrar till sjukdomsörda i åldrarna 10–24, 25–44, 45–69 respektive 70 år och äldre.

2.2.1 Sjukdomsördan är högst bland kvinnor över 70 år

Figur 3 visar hur sjukdomsördan fördelar sig i olika åldersgrupper, både storleken på sjukdomsördan och dess sammansättning. Sjukdomsördan är högre i äldre åldersgrupper än yngre – och ju äldre åldersgrupp desto större andel av sjukdomsördan består av förtida död. För flickor och kvinnor som är 10–24 år består sjukdomsördan till 10 procent av förtida död och till 90 procent av funktionsförlust. För kvinnor som är 70 år och äldre utgörs sjukdomsördan till 65 procent av förtida död och 35 procent av funktionsförlust. Det beror på att förekomsten av dödliga sjukdomstillstånd är vanligare bland äldre. Det är också vanligt att äldre personer har flera sjukdomar samtidigt, vilket ökar den sammanlagda sjukdomsördan för individen (SOU 2010:48).

Figur 3. Sjukdomsburda per åldersgrupp bland kvinnor i Sverige, 2021.

DALY per 100 000

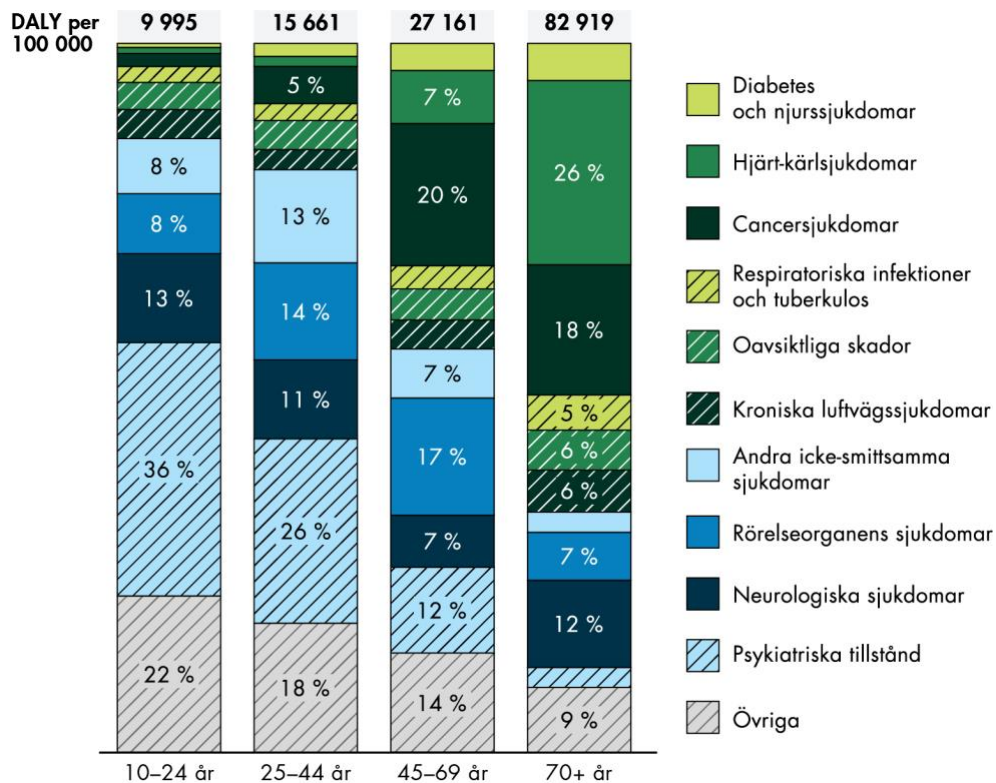


Källa: Globala sjukdomsburdeprojektet (GBD).

2.2.2 Sjukdomspanoramats varierar med ålder

Orsakerna till sjukdomsburdan varierar betydligt mellan åldersgrupperna, vilket visas i figur 4. Bland unga dominerar psykiatriska tillstånd, medan cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar står för en mycket liten andel av den totala sjukdomsburdan. I takt med att vi blir äldre blir relationen mellan dessa hälsotillstånd den motsatta. Psykiatriska tillstånd orsakar fortfarande betydande sjukdomsburda för äldre kvinnor, men eftersom andra sjukdomar blir vanligare bland äldre, utgör psykiatriska tillstånd en mindre del av den totala sjukdomsburdan.

Figur 4. Sjukdomsgruppers bidrag till sjukdomsbördan i olika åldersgrupper, DALY per 100 000 kvinnor i Sverige, 2021.



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

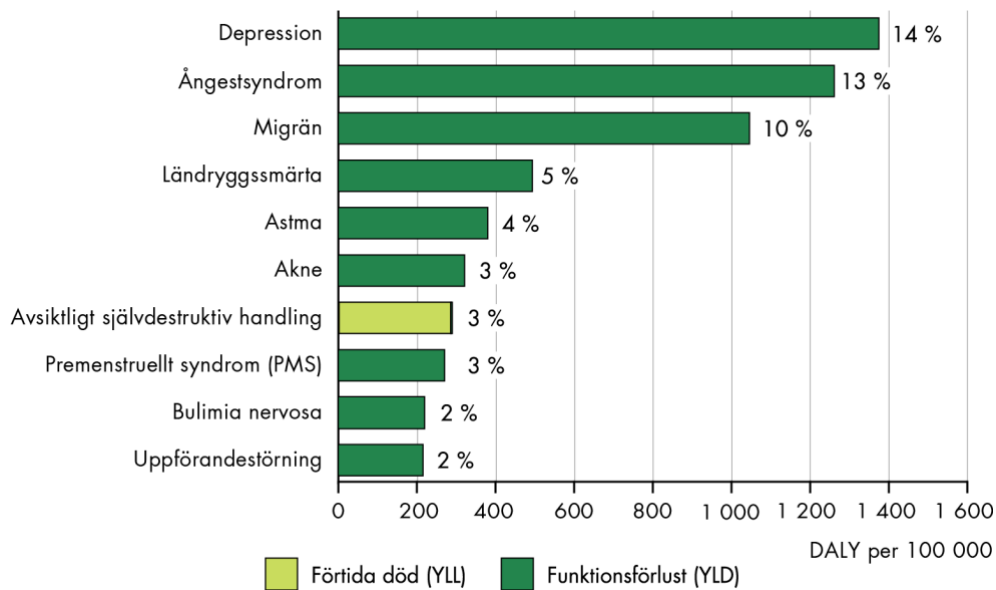
Figurerna 5 till 8 visar vilka tio enskilda hälsotillstånd som utgör störst andel av sjukdomsbördan i varje åldersgrupp.

Sjukdomsbördan för flickor och unga kvinnor drivs främst av psykiatriska tillstånd

Under åren som barn och ung vuxen (10–24 år) är depression och ångestsyndrom de tillstånd som orsakar störst sjukdomsbörda hos flickor och kvinnor (se figur 5). Tillsammans står de för drygt en fjärdedel av den sammanlagda sjukdomsbördan i åldersgruppen. Resultat från Nationella folkhälsoenkäten visar en ökning över tid av den psykiska ohälsan hos flickor och unga kvinnor (Folkhälsomyndigheten 2024a). Exempelvis ökade andelen flickor och kvinnor i åldersgruppen 16–29 som uppger svåra besvär med ångslan, oro eller ångest från 9 till 23 procent mellan 2006 och 2022. För pojkar och unga män var ökningen från 4 till 9 procent.

Även migrän, ländryggsmärta, astma och akne orsakar betydande sjukdomsbörda. De tillstånd som dominerar sjukdomsbördan orsakar främst funktionsförlust (YLD). Endast kategorin ”avsiktligt självdestruktiv handling” orsakar förtida död. Den kategorin innehåller suicid.

Figur 5. De 10 hälsotillstånd som bidrar mest till sjukdomsörda bland kvinnor 10–24 år i Sverige, 2021.



Källa: Globala sjukdomsördeprojektet (GBD).

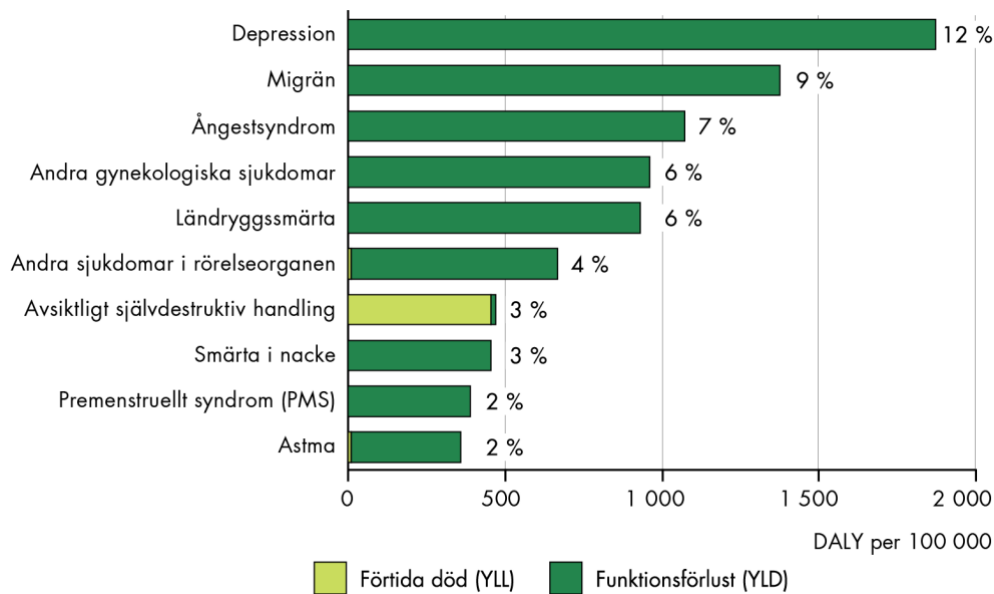
Not: De tio största hälsotillstånden står för 59 procent av den totala sjukdomsörda i åldersgruppen.

Gynekologiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen vanligare i åldrarna 25–44 år

Depression, ångest och migrän är de hälsotillstånd som skapar störst sjukdomsörda även i ålderskategorin 25–44 år (se figur 6). Även rörelseorganens sjukdomar (ländryggsmärta och kategorin "andra sjukdomar i rörelseorganen") skapar betydande sjukdomsörda i den här ålderskategorin. I kategorin "andra gynekologiska sjukdomar" ryms en rad tillstånd som omfattar bland annat infektioner, inflammationer, cystor, tumörer, vaginal smärta, hormonella störningar samt menstruations- och klimakteriebesvär.¹

¹ Fullständig lista på inkluderade ICD-koder: B37.3-B37.49, N61-N64.9, N72-N72.0, N75-N77.8, N83-N84, N84.2-N85, N85.2-N86, N88-N91.5, N94-N94.2, N94.4-N95, N95.1-N95.9, R30-R39.9, R87-R87.9

Figur 6. De 10 hälsotillstånd som bidrar mest till sjukdomsördan bland kvinnor 25–44 år i Sverige, 2021.



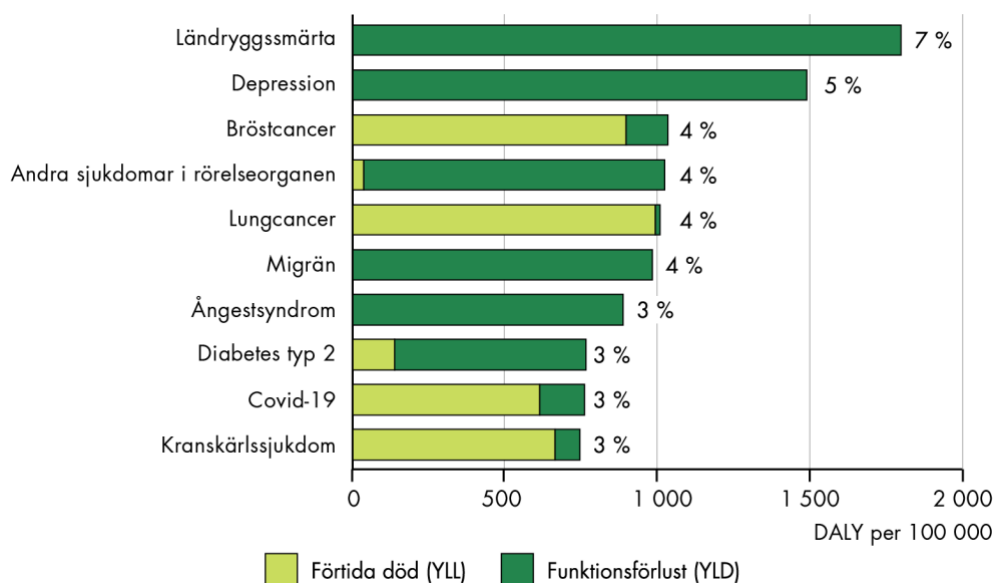
Källa: Globala sjukdomsördeprojektet (GBD).

Not: De tio största hälsotillstånden står för 55 procent av den totala sjukdomsördan i åldersgruppen.

Cancer en större del av sjukdomsördan i medelåldern

För kvinnor i åldrarna 45–69 år skapar ländryggssmärta störst sjukdomsörda, följt av depression och bröstcancer (se figur 7). Även lungcancer och olika sjukdomar i rörelseorganen skapar betydande sjukdomsörda i den här ålderskategorin. Sjukdomsördan är uppskattad för år 2021, när covid-19-pandemin pågick. Covid-19 orsakade 3 procent av sjukdomsördan för kvinnor i åldersgruppen det året.

Figur 7. De 10 hälsotillstånd som bidrar mest till sjukdomsördan bland kvinnor 45–69 år i Sverige, 2021.



Källa: Globala sjukdomsördeprojektet (GBD).

Not: De tio största hälsotillstånden står för 39 procent av den totala sjukdomsördan i åldersgruppen.

Demens och kranskärslssjukdom är största delen av sjukdomsörda bland äldre kvinnor

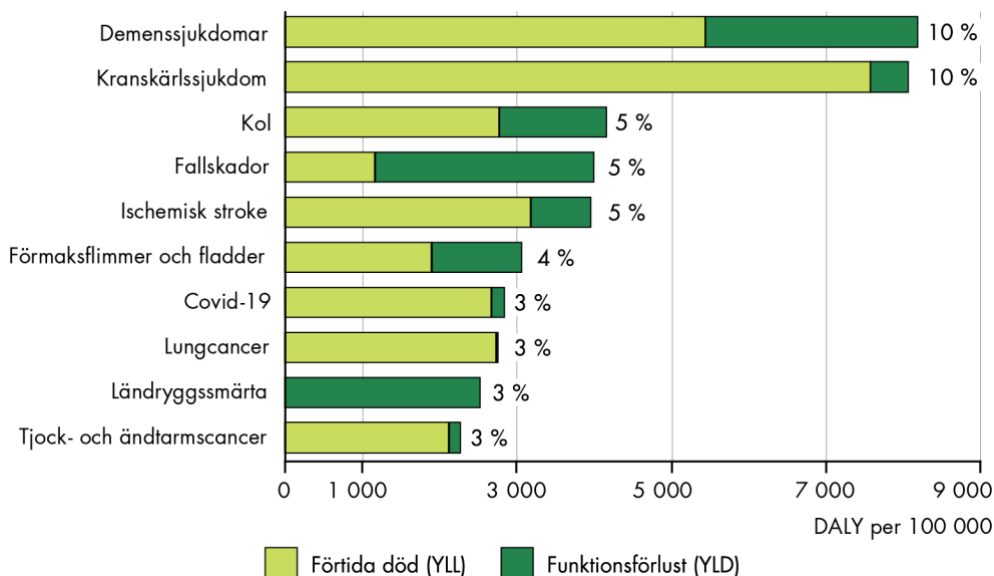
För kvinnor som är 70 år och äldre bidrar demenssjukdomar mest till sjukdomsörda (se figur 8). Därefter kommer kranskärslssjukdom (i huvudsak hjärtinfarkt), kronisk obstruktiv lungsjukdom (kol), fallskador och stroke.

Kol är en kronisk luftvägssjukdom som kännetecknas av inflammation i luftvägar och lungor, vilket gör det svårt att andas. Sjukdomen utvecklas ofta långsamt över flera år och besvären kan komma smygande. En vanlig orsak till kol är rökning, men även de som inte rökt kan utveckla kol (Socialstyrelsen 2020).

Fallskador är vanligt bland äldre, och orsakar 5 procent av sjukdomsörda för kvinnor 70 år och äldre. Benskörhet, eller osteoporos, ökar risken för allvarliga frakturer vid fall. Benskörhet innebär att benvävnaden är mindre tät vilket gör skelettet mer skört. Under klimakteriet minskar produktionen av östrogen, vilket påverkar skelettets styrka och gör det mer benäget att brytas. Benskörhet och frakturer drabbar framför allt äldre kvinnor, och 50 procent av alla kvinnor i Sverige beräknas få en benskörhetsfraktur under sin livstid. Motsvarande siffra för män är 25 procent (Socialstyrelsen 2021a).

Psykiatriska tillstånd som depression och ångest utgör en mindre andel av den totala sjukdomsörda i de äldre åldersgrupperna, men orsakar fortfarande betydande sjukdomsörda. Enligt Socialstyrelsen finns det en underdiagnostisering av psykisk ohälsa bland äldre, eftersom de flesta äldre med psykisk ohälsa inte tar kontakt med sjukvården för sina besvär. Det kan också vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre patienter, då de ofta har flera andra sjukdomar samtidigt (Socialstyrelsen 2018).

Figur 8. De tio hälsotillstånd som bidrar mest till sjukdomsörda bland kvinnor 70 år och äldre i Sverige, 2021.



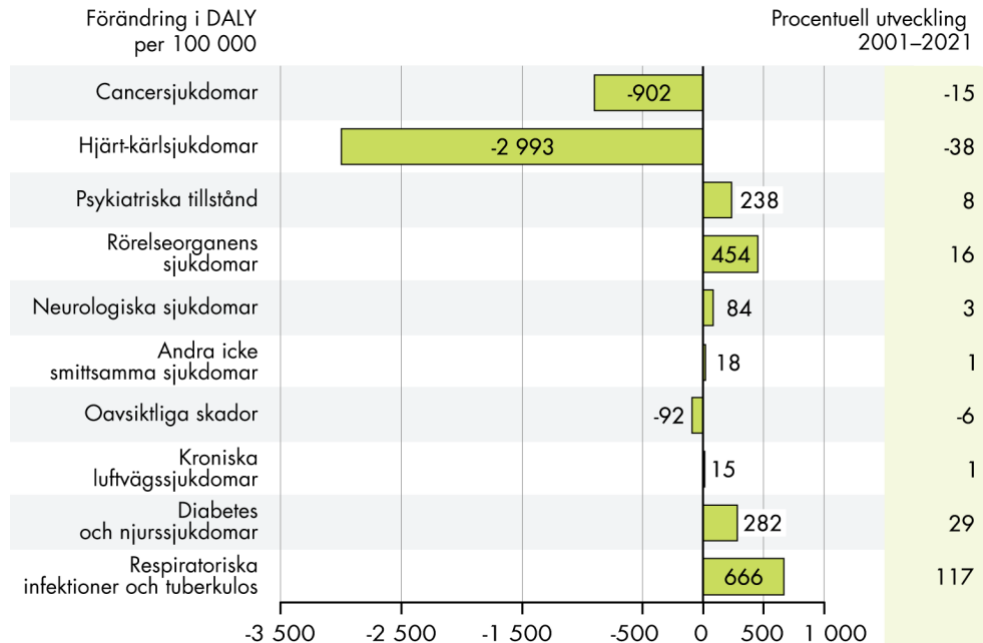
Källa: Globala sjukdomsördeprojektet (GBD).

Not: De tio största hälsotillstånden står för 50 procent av den totala sjukdomsörda i åldersgruppen.

2.3 Sjukdomsbördan av cancer och hjärt-kärlsjukdomar har minskat

Figur 9 visar förändring över tid (2001–2021) för de tio sjukdomsgrupper som 2021 stod för den största sjukdomsbördan för kvinnor i Sverige.

Figur 9. Förändring i sjukdomsbörda 2001–2021 för de 10 största sjukdomsgrupperna bland kvinnor 10 år och äldre.



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

En viktig förändring är att sjukdomsbördan har minskat avsevärt för de sjukdomsgrupper som skapar mest sjukdomsbörda för kvinnor. För hjärt-kärlsjukdomar har sjukdomsbördan minskat med 38 procent mellan 2001 och 2021 och för cancersjukdomar med 15 procent. När det gäller hjärt-kärlsjukdomar har både antal insjuknade och dödligheten minskat stadigt för både hjärtinfarkt och stroke de senaste decennierna, vilket gäller både för kvinnor och män (Socialstyrelsen 2024e, 2024g). Utvecklingen beror i huvudsak på ändrade levnadsvanor och bättre behandling av riskfaktorer som högt blodtryck och höga blodfetter (Socialstyrelsen 2024b).

Sjukdomsbördan av cancersjukdomar har inte minskat lika mycket som för hjärt-kärlsjukdomar, och cancersjukdomar är nu den sjukdomsgrupp som bidrar mest till flickors och kvinnors sjukdomsbörda i Sverige (2001 var det hjärt-kärlsjukdomar). Allt fler diagnostiseras med cancer i dag jämfört med tidigare, framför allt på grund av att vi lever längre, men också för att fler fall upptäcks via screening. Screening, bättre diagnostiska metoder och effektivare cancerbehandlingar också gjort att allt fler överlever sin cancer. Det finns dock flera olika sorters cancer och alla cancerformer har inte haft samma utveckling. Sjukdomsbördan har till exempel minskat med cirka en tredjedel för bröstcancer och äggstockscancer mellan 2001 och 2021, medan den har ökat med sex procent för lungcancer.

Respiratoriska infektioner och tuberkulos, rörelseorganens sjukdomar, diabetes och njursjukdomar samt psykiatriska tillstånd har haft en betydande ökning i sjukdomsbörda. Ökningen i sjukdomsbörda till följd av respiratoriska infektioner och tuberkulos förklaras

av covid-19, som ju inte fanns 2001. När det gäller rörelseorganens sjukdomar är det främst handartros och smärta i ländrygg som står bakom ökningen. För diabetes och njursjukdomar har sjukdomsbördan till följd av kronisk njursjukdom och typ 2-diabetes ökat mest. Ökningen av psykiatriska tillstånd består nästan uteslutande av öknings i depression och ångestsyndrom i samband med covid-19-pandemin.

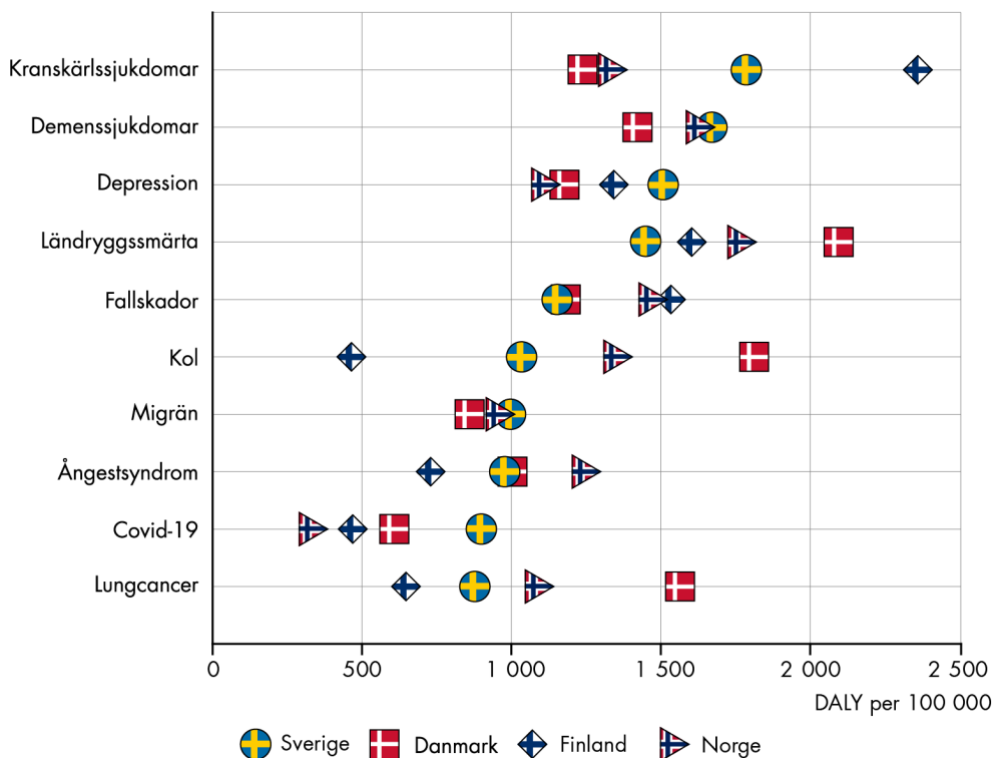
Neurologiska sjukdomar, andra icke smittsamma sjukdomar, kroniska luftvägssjukdomar och oavsiktliga skador har alla haft mindre förändringar i sjukdomsbörda.

2.4 Svenska kvinnors sjukdomsbörda liknar den för kvinnor i våra grannländer

Figur 10 jämför sjukdomsbördan hos svenska kvinnor med kvinnor i Danmark, Finland och Norge, utifrån de tio hälsotillstånd som bidrar mest till sjukdomsbördan för svenska kvinnor. Siffrorna är åldersstandardiserade, vilket innebär att hänsyn tagits till skillnad i åldersstruktur mellan länder.

Sverige är det land där kvinnor hade störst sjukdomsbörda av depression och covid-19, medan ländryggssmärta var lägst jämfört med de övriga länderna. För depression och ländryggssmärta överlappar ländernas konfidensintervall, vilket innebär att skillnaderna inte är statistiskt säkerställda. Däremot är det statistiskt säkerställt att svenska kvinnor hade största sjukdomsbördan av covid-19.

Figur 10. Sjukdomsbörda för kvinnor i Sverige jämfört med för kvinnor i grannländer, 10 år och äldre, åldersstandardiserat, 2021.



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

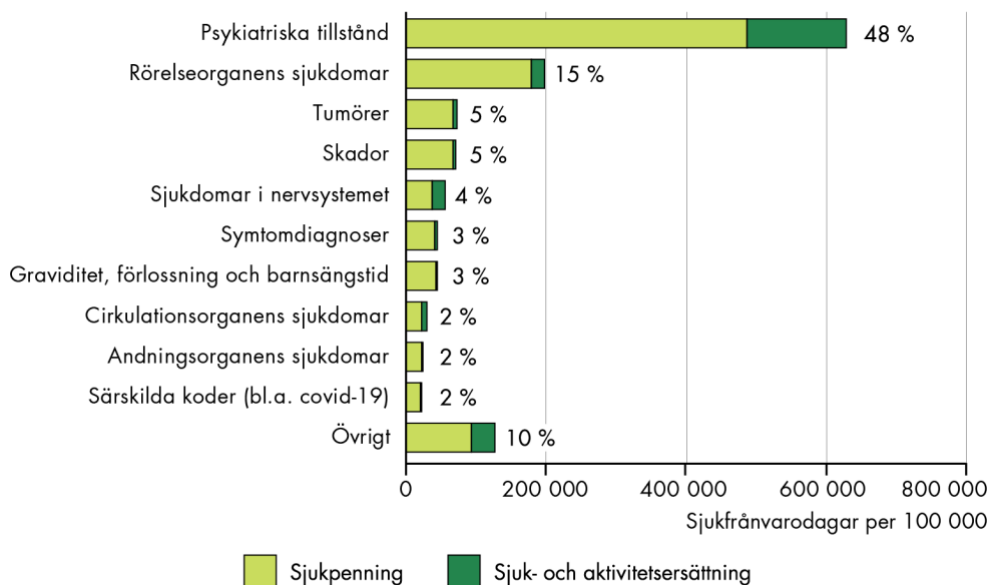
2.5 Kvinnors sjukfrånvaro

Vi redovisar här sjukfrånvaro för kvinnor. Vi har valt att inkludera måttet eftersom det kan användas för att ge exempel på konsekvenserna av sjukdom, bland annat i termer av förlorad inkomst och pension för individen och produktionsbortfall för samhället. Dock gäller måttet bara den del av befolkningen som är i arbetsför ålder och har rätt till ersättning enligt socialförsäkringen. I statistiken ingår bara sjukfrånvarofall som är längre än 14 dagar, eftersom det bara är de sjukfrånvarofallen som ersätts från Försäkringskassan. I kapitel 4 jämför vi hur kvinnors sjukfrånvaro skiljer sig från mäns.

2.5.1 Psykiatriska tillstånd bidrar mest till sjukfrånvaron

Figur 11 visar de tio starkast bidragande orsakerna till sjukfrånvaro för svenska kvinnor under åren 2019–2023, räknat som nettodagar. Både sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning inkluderas i analysen. Psykiatriska tillstånd är de hälsotillstånd som främst orsakar sjukskrivningar hos svenska kvinnor. Dessa tillstånd stod för nära hälften (48 procent) av all sjukfrånvaro. Därefter kommer sjukdomar i rörelseorganen, som stod för 15 procent av sjukfrånvaron.

Figur 11. Sjukfrånvaro bland kvinnor 2019–2023, genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar per år.



Källa: Försäkringskassan.

Stressrelaterad ohälsa är vanligt

Sjukfrånvaron av psykiatriska tillstånd kan delas in i två huvudgrupper:

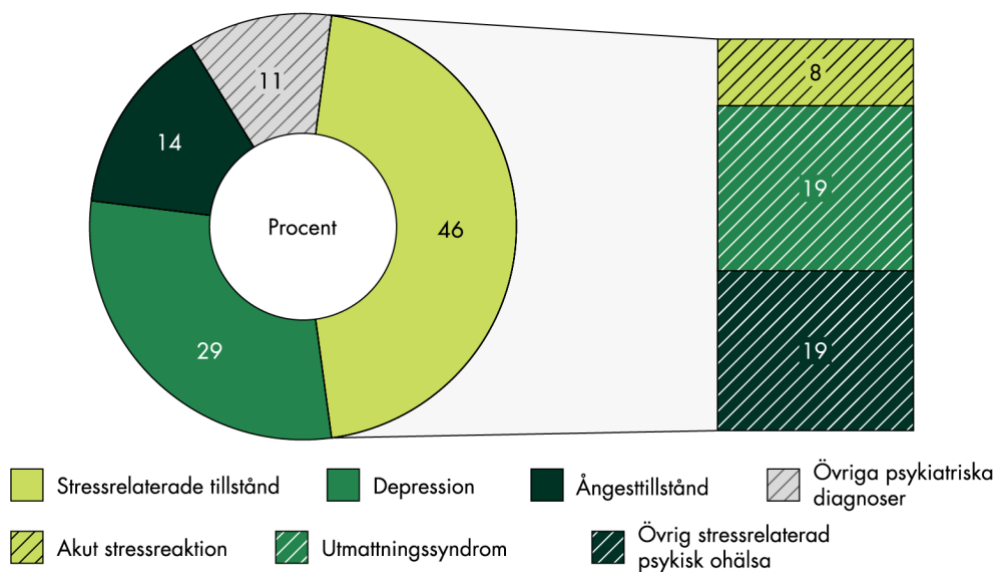
- depressioner, ångesttillstånd och övriga psykiatriska diagnoser
- stressrelaterad psykisk ohälsa (akut stressreaktion, utmattningssyndrom och övrig stressrelaterad psykisk ohälsa).

Stressrelaterad psykisk ohälsa utgör 46 procent av den psykiatriskt relaterade sjukfrånvaron bland kvinnor. Inom den kategorin står utmattningssyndrom för en stor andel (se figur 12). Utmattningssyndrom uppstår till följd av svår stress i kombination med för lite återhämtning (1177 2023).

Diagnosen utmattningssyndrom ingår inte i GBD-statistiken, eftersom den bara används i Sverige. Det är dock sannolikt att en del av sjukdomsbördan från det som vi i Sverige betecknar utmattningssyndrom kategoriseras som depression eller ångestsyndrom i GBD-statistiken.

En ny version av WHO:s diagnosklassificeringssystem (ICD) är för närvarande under utveckling. I den nya versionen förväntas utmattningssyndrom tas bort som diagnos, eftersom WHO inte längre vill se nationella diagnoser (Försäkringskassan 2025).

Figur 12. Fördelning av sjukfrånvarodagar bland kvinnor i specifika diagnoser och diagnosgrupper för psykiatriska tillstånd 2019–2023, genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar per år.



Källa: Försäkringskassan.

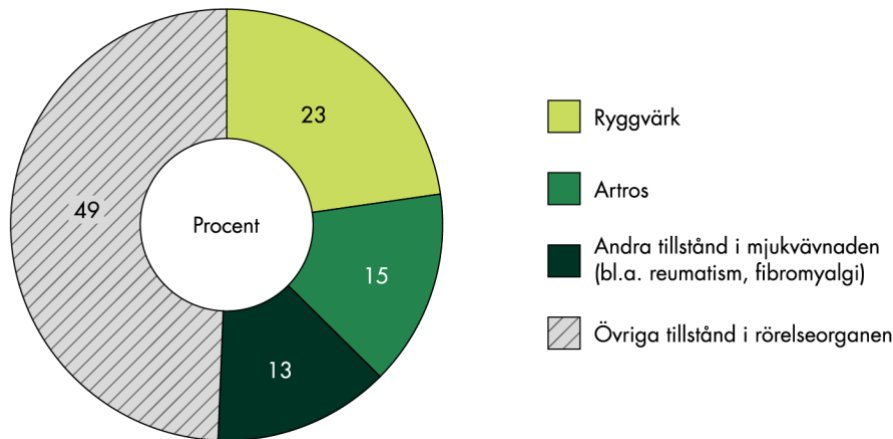
Rörelseorganens sjukdomar är en vanlig orsak till sjukfrånvaro för kvinnor

Rörelseorganens sjukdomar är den sjukdomsgrupp som leder till näst störst sjukfrånvaro för kvinnor.

Olika sjukdomar i rörelseorganen kan påverka arbetsförmågan på olika sätt. Av rörelseorganens sjukdomar är ryggvärk det hälsotillstånd som leder till störst sjukfrånvaro för kvinnor (se figur 13). Ryggvärk karaktäriseras ofta av icke-specifika och korta episoder av smärta vilket kan innebära arbetsoförmåga under dessa episoder (Jansson & Alexanderson 2011). Den statistik som vi har tillgång till gäller bara sjukfrånvaro som är längre än 14 dagar, och all sjukfrånvaro kopplad till ryggvärk fångas därför inte upp.

En annan av rörelseorganens sjukdomar, reumatoid artrit, har en annan karaktär, och orsakar därför ett annat sjukskrivningsmönster. Sjukdomen är progressiv, vilket gör att den successivt kan minska arbetsoförmågan och därmed också öka sjukfrånvaron. Reumatoid artrit ingår i kategorin "andra tillstånd i mjukvävnaden".

Figur 13. Fördelning av sjukfrånvarodagar bland kvinnor i specifika diagnoser och diagnosgrupper för rörelseorganens sjukdomar 2019–2023, genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar per år.



Källa: Försäkringskassan.

2.5.2 Skillnader i sjukfrånvaro mellan olika åldrar

Både risken för sjukdom och tiden för återhämtning efter sjukdom ökar med stigande ålder, vilket leder till att sjukfrånvaron är högre i äldre åldersgrupper (Försäkringskassan 2023a).

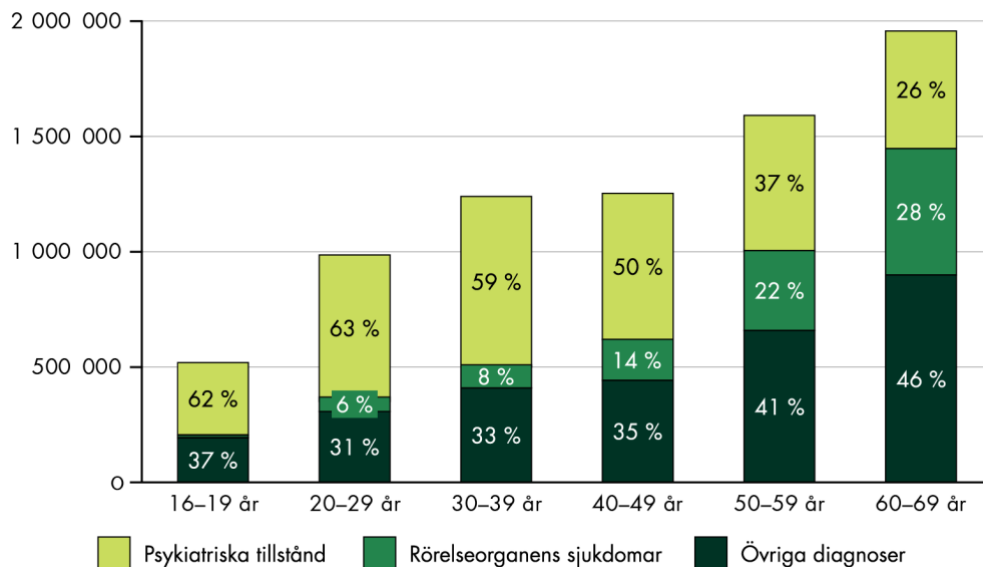
Figur 14 fördelar kvinnors sjukskrivningsdagar mellan de två vanligaste orsakerna till sjukskrivning – psykiatriska tillstånd och rörelseorganens sjukdomar – samt övrigt, i respektive åldersgrupp.

Störst sjukfrånvaro för psykiatriska tillstånd har kvinnor i åldersgruppen 30–39 år. En anledning enligt Försäkringskassan är att det är en ålder när många väljer att bilda familj, samtidigt som de förvärvsarbetar. Det kan därför innebära en så kallad dubbel arbetsbörda, det vill säga både ansvar för arbete, barn och hem (Försäkringskassan 2024).

Sjukskrivning på grund av utmattningssyndrom är vanligare bland personer med barn i förskole- och lågstadieåldern 3 till 8 år (Försäkringskassan 2020).

Figur 14. Fördelning av sjukfrånvarodagar bland kvinnor, per åldersgrupp och orsak 2019–2023, genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar per år.

Sjukfrånvarodagar per 100 000



Källa: Försäkringskassan.

2.5.3 Sjukfrånvaron förändras över tid

Vilka hälsotillstånd som dominerar sjukfrånvaron har förändrats över tid. Allt eftersom arbetslivet förändrats och gått från hög grad av industriproduktion till en mer tjänste-producerande ekonomi så har också den arbetsrelaterade ohälsan förändrats. Det tydligaste mönstret är förskjutningen i sjukfrånvaron från rörelseorganens sjukdomar till psykiatriska tillstånd, vilket Försäkringskassan beskriver i flera rapporter (se till exempel Försäkringskassan (2020, 2023c)).

Före millennieskiftet var sjukdomar i rörelseorganen den främsta orsaken till sjukskrivningar för både kvinnor och män. Det handlade främst om ryggont och problem med nacke och axlar. Sedan dess utgör rörelseorganens sjukdomar en allt mindre andel av sjukskrivningarna, medan de psykiatriska tillståndens betydelse ökat över tid. Det är främst olika former av stressrelaterad psykisk ohälsa som ligger bakom den stora ökningen, och kvinnor är betydligt mer drabbade än män.

Sedan diagnosen utmattningssyndrom infördes i Sverige i början på 2000-talet står den för allt större andel av sjukfrånvarofallen som är längre än 14 dagar. År 2010 stod utmattningssyndrom för 4 procent av sjukskrivningarna vid psykiatriska tillstånd, 2020 hade siffran ökat till 17 procent. Under samma tidsperiod hade depressionerna minskat från 42 till 26 procent. Försäkringskassan menar att en del av förklaringen till minskningen av andelen depressioner till förmån för en ökad andel utmattningssyndrom kan vara så kallad diagnosglidning, det vill säga en förskjutning över tid i hur diagnoserna används inom hälso- och sjukvården (Försäkringskassan 2020).

3 Hälsotillstånd som är unika för flickor och kvinnor

I det här kapitlet undersöker vi omfattningen av sjukdomsbördan kopplad till kvinno specifika hälsotillstånd, det vill säga de hälsotillstånd som på grund av den kvinnliga biologin bara drabbar flickor och kvinnor.² Det handlar dels om olika cancersjukdomar, dels om gynekologiska sjukdomar och mödrasjukdomar. Tillstånd som är kvinno specifika har vi definierat som sådana där sjukdomsbördan för män i de datakällor vi använder är lika med noll. Vi har dock valt att även inkludera bröstcancer i kategorin kvinno specifika tillstånd, trots att sjukdomen även förekommer hos män.

Vi konstaterar följande:

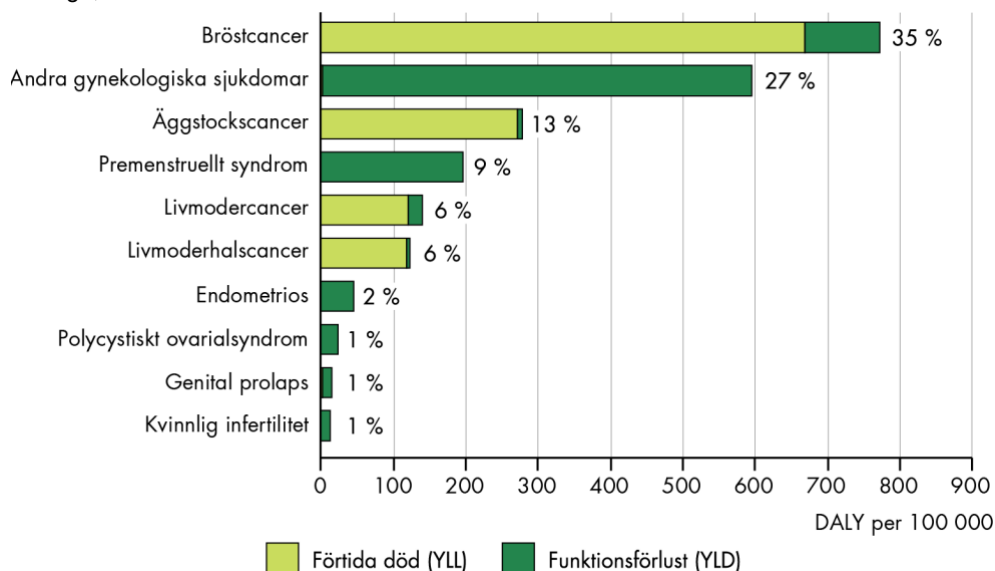
- Sju procent av kvinnors totala sjukdomsbörda består av kvinno specifika tillstånd. I åldersgruppen 25–44 år är andelen som störst, 12 procent.
- Gynekologiska sjukdomar, kopplade till bland annat menstruation och hormonella störningar, dominerar bland kvinnor under 45 år. Bland äldre kvinnor är det i stället cancersjukdomar (främst bröstcancer och äggstockscancer) som orsakar störst sjukdomsbörda.
- Sjukdomsbördan som är kopplad till graviditet och förlossning, som har varit ett prioriterat område inom satsningen, utgör endast 0,03 procent av kvinnors totala sjukdomsbörda. Det beror på att vi generellt har en god och säker förlossningsvård i Sverige

3.1 Sju procent av kvinnors samlade sjukdomsbörda orsakas av kvinno specifika tillstånd

Kvinnospecifika tillstånd motsvarar sju procent av kvinnors totala sjukdomsbörda. Figur 15 visar de mest betydande kvinno specifika tillstånden. Olika cancersjukdomar står för den största andelen av sjukdomsbördan för kvinno specifika hälsotillstånd. Det handlar om bröstcancer (35 procent av sjukdomsbördan kopplad till kvinno specifika tillstånd) äggstockscancer (13 procent), livmodercancer (6 procent) och livmoderhalscancer (6 procent). Andra kvinno specifika hälsotillstånd är premenstruellt syndrom, PMS (9 procent), endometrios (2 procent), polycystiskt ovarialsyndrom, PCOS (1 procent), genital prolaps (1 procent) och infertilitet (1 procent).

² I rapporten skriver vi för läsbarhetens skull "flickor och kvinnor", även om alla med kvinnliga könsorgan inte identifierar sig som flickor eller kvinnor. Personer som inte identifierar sig som flicka eller kvinna kan ändå ha kvinnliga könsorgan.

Figur 15. Sjukdomsbörda orsakad av kvinnopecifika tillstånd bland kvinnor, 10 år och äldre i Sverige, 2021.



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Kategorin ”Andra gynekologiska sjukdomar” utgör 27 procent av sjukdomsbördan kopplad till kvinnopecifika tillstånd. Inom den kategorin ryms en rad tillstånd som omfattar bland annat infektioner, inflammationer, cystor, tumörer, vaginal smärta, hormonella störningar samt menstruations- och klimakteriebesvär.³ Det går inte att få fram information om sjukdomsbördan för enskilda hälsotillstånd inom den kategorin.

Det finns i många fall effektiva behandlingar för gynekologiska sjukdomar, men bara en liten del av dem som lider av besvär får en diagnos. En anledning till det är att gynekologiska problem ofta betraktas som en naturlig del av åldrandet eller av graviditet och förlossning (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin 2023).

3.2 Kvinnopecifika hälsotillstånd står för störst andel av sjukdomsbördan i mitten av livet

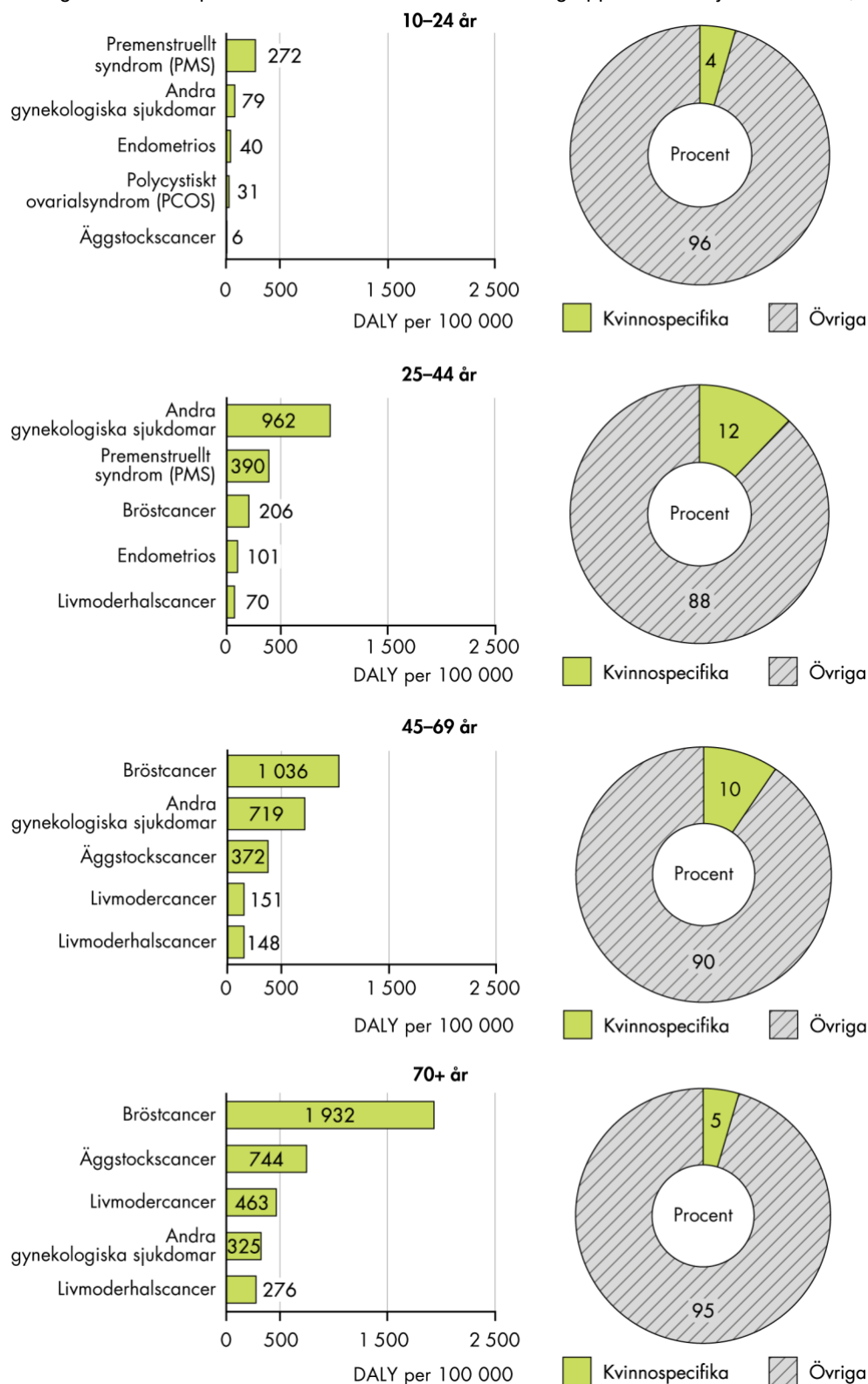
Figur 16 visar de fem kvinnopecifika tillstånd som starkast bidrar till kvinnors sjukdomsbörda i olika åldersgrupper, samt hur stor andel av den totala sjukdomsbördan som utgörs av kvinnopecifika tillstånd i respektive åldersgrupp.

Kvinnopecifika tillstånd utgör en större andel av den totala sjukdomsbördan i åldersgrupperna 25–44 år (12 procent) och 45–69 år (10 procent) jämfört med övriga åldersgrupper. Bland åldersgruppen 10–24 år utgör den 4 procent av den totala sjukdomsbördan och för kvinnor över 70 år utgör den 5 procent. I absoluta tal är dock sjukdomsbördan för kvinnopecifika tillstånd högst för kvinnor över 70 år (totalt 3 776 DALY per 100 000 kvinnor), men eftersom den samlade sjukdomsbördan för den åldersgruppen är så hög, blir den andel som dessa tillstånd utgör ändå relativt liten.

När det gäller sjukfrånvaro utgör kvinnopecifika tillstånd 9 procent av totala sjukfrånvaron i åldersgruppen 25–44 år, och 4 procent i åldersgruppen 45–69 år.

³ Fullständig lista på inkluderade ICD-koder: B37.3-B37.49, N61-N64.9, N72-N72.0, N75-N77.8, N83-N84, N84.2-N85, N85.2-N86, N88-N91.5, N94-N94.2, N94.4-N95, N95.1-N95.9, R30-R39.9, R87-R87.9.

Figur 16. Sjukdomsörda orsakad av kvinnospecifika hälsotillstånd per åldersgrupp bland kvinnor i Sverige och kvinnospecifika hälsotillståndets andel av åldersgruppens totala sjukdomsörda, 2021.



3.3 Många olika gynekologiska hälsotillstånd

Gynekologiska sjukdomar utgör 40 procent av de kvinnspecifika hälsotillstånden, och inkluderar en mängd olika tillstånd som kan ha påverkan på både den fysiska och psykiska hälsan. Bland dessa finns smärttillstånd som endometrios och vulvodyni, och bäckenbottenbesvär som framfall. Andra exempel på gynekologiska hälsotillstånd är blödningsrubbningar, klimakteriebesvär och hormonella störningar som PCOS eller PMS. Nedan beskriver vi några av de vanligaste gynekologiska hälsotillstånden. Vidare kan graviditet och förlossning påverka kvinnors hälsa både under och efter graviditeten, men tillstånd relaterade till graviditet och förlossning står för en mycket liten andel av den totala sjukdomsördan.

3.3.1 Menstruationsbesvär är vanligt

Menstruationsbesvär påverkar flickor och kvinnor genom stora delar av livet – i Sverige får kvinnor vanligtvis sin första mens någon gång mellan 11 och 14 års ålder och sin sista i 50-årsåldern (Folkhälsomyndigheten 2023c). Även om mens är en naturlig del i kvinnors liv upplever många kvinnor att mensen är förknippad med begränsningar i vardagen och sämre livskvalitet (Karlsson, Marions & Edlund 2014). Smärta och andra typer av besvär i samband med menstruationen kan påverka fysisk aktivitet, sociala relationer samt sexuell och psykisk hälsa (Folkhälsomyndigheten 2023c; Karlsson m.fl. 2014).

Menstruationssmärta är vanligast före 30 års ålder, och bland 16-åringar uppgav en av tre att de hade kraftig mensvärk. Men även senare i livet orsakar menstruation hälsoproblem, till exempel har 16 procent av kvinnor i åldern 40–45 år uppgett att de regelbundet stannat hemma från arbetet på grund av rikliga menstruationsblödningar (SKR 2022).

PMS, och den mer allvarliga formen premenstruellt dysmorfiskt syndrom (PMDS), innebär olika fysiska och psykiska besvär, till exempel humörsvägningar, irritation, sömnproblem och svullnad i kroppen, innan och i samband med menstruation. PMS är det tillstånd av de kvinnspecifika tillstånden som orsakar störst sjukdomsörda för flickor och kvinnor i åldersgruppen 10–24 år, och fortsätter orsaka betydande besvär för kvinnor ända fram till klimakteriet (se figur 16).

3.3.2 Endometrios kan påverka flickors och kvinnors liv på flera sätt

Vid endometrios växer vävnad som liknar livmoderslemhinnan utanför livmodern, vilket leder till inflammation och sammanväxningar. Endometrios kan orsaka lidande under en stor del av livet. Endometrios är en vanlig orsak till kraftig smärta vid menstruation, men endometrios kan också orsaka besvär från urinvägarna, smärta vid tarmtömning eller samlagssmärta. En del personer med endometrios har svårt att bli gravida. Runt tio procent av svenska kvinnor i fertil ålder uppskattas ha endometrios varav hälften uppskattas ha besvär som i någon mån påverkar deras liv (Socialstyrelsen 2019). I Socialstyrelsens utvärdering av vården vid endometrios refereras till studier som visar att det i genomsnitt tar sju år från första symtom till fastställd diagnos och fem år från första läkarkontakt till diagnos (Socialstyrelsen 2019).

3.3.3 Klimakteriet kan leda till olika typer av besvär

I 50-årsåldern får alla kvinnor minskad hormonproduktion från äggstockarna, vilket leder till att menstruation upphör. Det kallas menopaus. Klimakteriet pågår cirka fem till tio år före och efter menopaus.

Den minskade östrogenproduktionen under klimakteriet kan leda till flera olika besvär, som kan vara både kroppsliga och psykiska. En enkät från Socialstyrelsen som genomfördes 2020 och besvarades av drygt 2 000 kvinnor i åldern 50–59 år visade att nästan alla kvinnor hade haft något besvär i samband med klimakteriet och över hälften hade haft måttliga eller svåra besvär i form av värmevallningar och svettningar (Socialstyrelsen 2021c). Många kvinnor hade även sömnproblem, besvär på grund av fysisk och psykisk trötthet, torra och sköra slemhinnor i underlivet, humörsvängningar och sexuella besvär (Socialstyrelsen 2021c). I GBD-statistiken ingår besvär relaterade till klimakteriet i kategorin ”andra gynekologiska sjukdomar”.

3.3.4 Graviditet och förlossning liten andel av sjukdomsördan

Sverige har, i internationellt perspektiv, en mycket god och säker förlossningsvård. Mödranhälsovården är väl utbyggd, vilket främjar hälsan hos både gravida kvinnor och födda barn, samtidigt som den möjliggör tidig upptäckt av riskgraviteter (Socialstyrelsen 2024a). Det bidrar till att sjukdomsördan kopplad till graviditet och förlossning är låg. Mödrasjukdomar står för 0,5 procent av sjukdomsördan relaterad till kvinnospecifika tillstånd i Sverige och 0,03 procent av kvinnors totala sjukdomsörda. De tre tillstånden med störst sjukdomsörda är hypertensiva tillstånd under graviditet (2 DALY per 100 000), födelsekomplikationer samt sepsis och andra mödrainfektioner (båda 1 DALY per 100 000). Graviditetsrelaterade tillstånd står för 3 procent av sjukfrånvaron, som framgår i figur 11.

Även om graviditet medför relativt liten sjukdomsörda på befolkningsnivå, kan både den fysiska och psykiska hälsan påverkas. Hormonella förändringar och kroppsliga anpassningar kan bland annat leda till smärta, sömnsvårigheter och psykisk belastning (SKR 2022). För en mindre grupp kvinnor leder graviditeten till mer allvarliga tillstånd, som graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning (SKR 2022).

Graviditetskomplikationer innebär inte enbart en ökad risk under graviditeten, utan är även kopplade till framtida hälsorisker. Kvinnor som drabbas av komplikationer, som graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning eller högt blodtryck löper en ökad risk att senare i livet utveckla hjärt-kärlsjukdom, diabetes, lungsjukdomar och vissa former av cancer. En svensk studie av Crump, Sundquist och Sundquist (2024) visar dessutom att dessa kvinnor har förhöjd risk för förtida död, oavsett dödsorsak. Studien lyfter behovet av tidig förebyggande uppföljning och insatser för att upptäcka och behandla sjukdomar med koppling till graviditetskomplikationer.

Förlossningen i sig kan också vara förknippad med oro. År 2021 fick cirka 10 procent av förstföderskorna och 13 procent av omföderskorna extra stöd till följd av förlossningsrädsla (Vård- och omsorgsanalys 2023).

Sammansättningen av gruppen kvinnor som föder barn har förändrats över tid. I dag är de födande i genomsnitt äldre och har oftare övervikt än tidigare generationer, vilket ökar risken för graviditets- och förlossningskomplikationer (Socialstyrelsen 2024d).

Bristningar i bäckenbotten är vanligt i samband med förlossning, särskilt hos förstföderskor, och kan orsaka problem både på kort och lång sikt. Några exempel är smärta, inkontinens, avföringsproblem, psykiskt lidande, framfall och sexuella svårigheter (SBU 2021). Andelen kvinnor med de allvarligaste typerna av bristningar, bristningar av tredje och fjärde graden, ökade under 1990-talet och var som högst år 2004 (3,1 procent). Sedan dess har andelen allvarliga bristningar minskat igen, och var 2,2 procent år 2023 (Socialstyrelsen 2025c).

3.4 Bröstcancer och gynekologisk cancer är vanligt

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige så väl som globalt. I åldersgrupperna 45–69 år och 70 år och äldre är bröstcancer det kvinnospecifika tillstånd som skapar störst sjukdomsburda (se figur 16). Insjuknandet i bröstcancer har nära fördubblats sedan 1960-talet, räknat per 100 000 kvinnor (Regionala cancercentrum i samverkan 2025a). Chansen att bli botad har dock ökat de senaste årtiondena vilket främst beror på att fler fall upptäcks tidigt, men också på bättre behandlingsmetoder (Cancerfonden 2025). Screening för bröstcancer genom mammografi omfattar i dag åldersgrupperna 40–74 år.

Varje år insjuknar cirka 3 000 kvinnor i Sverige i gynekologisk cancer (Regionala cancercentrum i samverkan 2025b). De vanligaste typerna av gynekologisk cancer är livmodercancer, äggstockscancer och livmoderhalscancer. Kvinnor som regelbundet deltar i screeningprogrammet för gynekologisk cellprovtagning sänker risken för att drabbas av livmoderhalscancer med cirka 90 procent (Regionala cancercentrum i samverkan 2025c). För övriga gynekologiska cancersjukdomar finns i dag ingen screening.

4 Skillnader i sjukdomsbörda mellan flickor och pojkar respektive kvinnor och män

I det här kapitlet fokuserar vi på könsskillnader, och visar bland annat vilka hälsotillstånd som skapar mer sjukdomsbörda för flickor och kvinnor än för pojkar och män. Orsakerna till dessa skillnader kan vara många och komplexa. De kan bland annat bero på biologiska faktorer, skillnader i livsvillkor mellan kvinnor och män samt olikheter i den vård som ges. Kapitlet beskriver förekomsten av könsskillnader i sjukdomsbörda och sjukfrånvaro. Att fastställa bakomliggande orsaker till dem ligger dock utanför ramen för den här rapporten, även om vi resonerar om orsakerna.

Vi konstaterar följande:

- Flickor och kvinnor har större sjukdomsbörda än pojkar och män fram till 50-årsåldern; därefter är mäns sjukdomsbörda större än kvinnors. Runt tonåren och i 30-årsåldern är skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukdomsbörda som störst.
- Kvinnors sjukdomsbörda består i större utsträckning av funktionsförlust, medan sjukdomsbördan för män i större utsträckning beror på förtida död.
- Under de senaste decennierna har mäns medellivslängd ökat i högre takt än kvinnors, vilket har lett till en minskad skillnad i medellivslängd mellan könen. Däremot har könsskillnaden i sjukdomsbörda till följd av funktionsförlust, som är 30 procent högre för kvinnor, varit relativt stabil under de senaste 20 åren.
- Kvinnor är framför allt överrepresenterade i sjukdomsbörda inom neurologiska sjukdomar, psykiatriska tillstånd och rörelseorganens sjukdomar. De hälsotillstånd där könsskillnaden är som störst till kvinnors nackdel är demenssjukdomar, depression och migrän.
- Kvinnor har betydligt högre sjukfrånvaro än män. Kvinnor har 58 procent högre sjukfrånvaro totalt sett, och 85 procent högre sjukfrånvaro än män gällande psykiatriska tillstånd. Dålig arbetsmiljö i kvinnodominerade yrken och dubbelarbete är exempel på faktorer som lyfts fram som möjliga orsaker till kvinnors högre sjukfrånvaro.

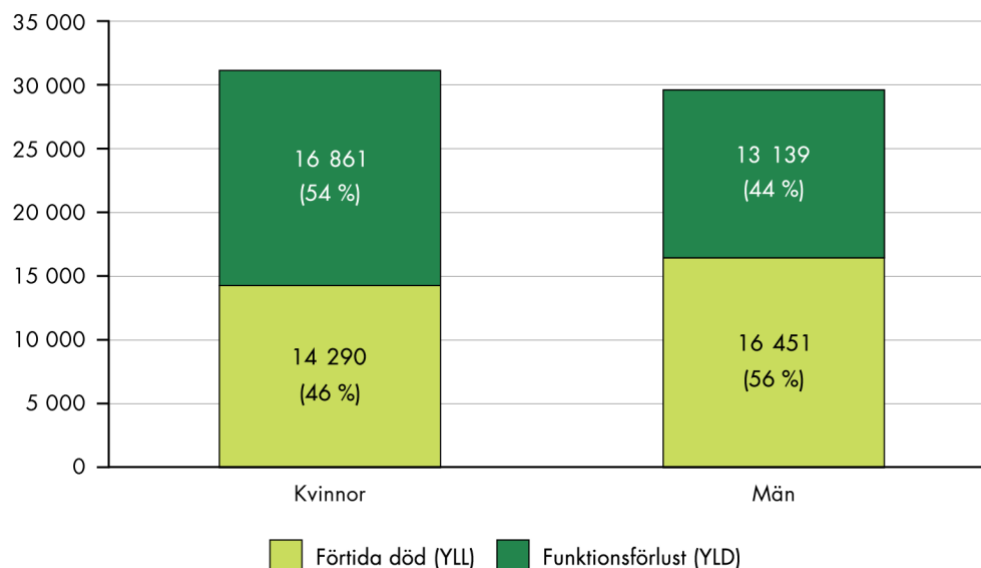
4.1 Kvinnor lever längre än män, men med mer ohälsa

På befolkningsnivå har kvinnor en något större (5 procent) total sjukdomsbörda än män (figur 17). För kvinnor består sjukdomsbördan i större utsträckning av funktionsförlust än förtida död, medan förhållandet är det omvända för män. Den könsskillnaden återspeglas även i andra hälsomått. Till exempel skattar kvinnor sin egen hälsa lägre än män och fler kvinnor rapporterar att de har en långvarig sjukdom, men kvinnor lever samtidigt längre

än män (Jämställdhetsmyndigheten 2021b). Den större sjukdomsbördan bland kvinnor till följd av funktionsförlust kan delvis förklaras av gynekologiska tillstånd, som ju enbart drabbar flickor och kvinnor. Dock kvarstår tre fjärdedelar av skillnaden i funktionsförlust mellan könen även när gynekologiska tillstånd exkluderas.

Figur 17. Sjukdomsbörda för befolkningen uppdelat på kön, 10 år och äldre, 2021.

DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

I våra grannländer ser förhållandet mellan mäns och kvinnors sjukdomsbörda delvis annorlunda ut än i Sverige. I Norge har kvinnor 6 procent större sjukdomsbörda än män, och förhållandet liknar alltså det i Sverige. Däremot är förhållandet det motsatta i Danmark och Finland – där har istället män 3 procent respektive 9 procent större sjukdomsbörda än kvinnor.

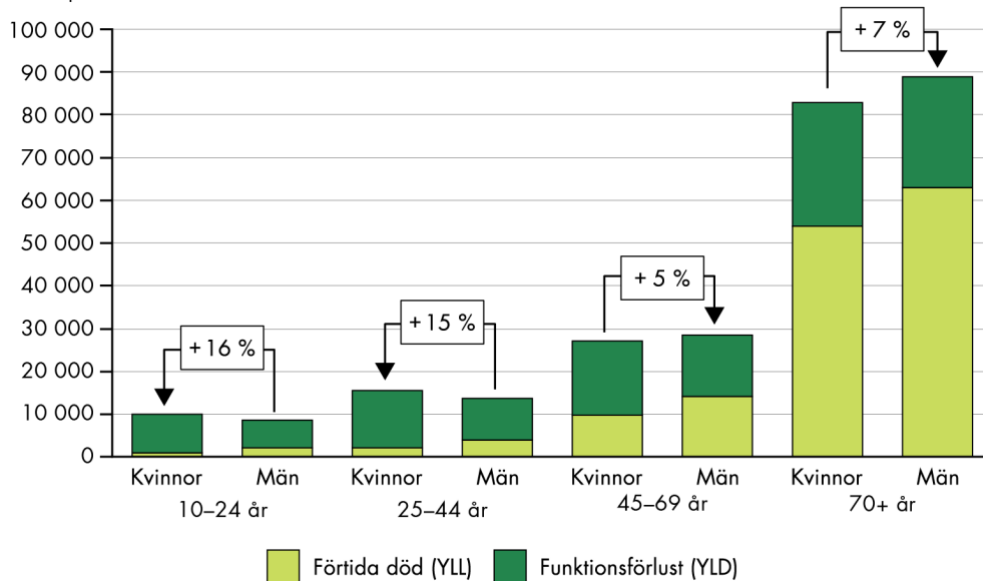
4.2 Könsskillnaderna i sjukdomsbörda skiljer sig mellan olika åldrar

Storleksförhållandet mellan kvinnors och mäns sjukdomsbörda skiljer sig mellan åldersgrupper (figur 18). Upp till 50-årsåldern är sjukdomsbördan runt 15 procent större för flickor och kvinnor än för pojkar och män. I de äldre åldersgrupperna har män i stället mellan 5 och 7 procent större sjukdomsbörda än kvinnor.

I alla åldersgrupper har flickor och kvinnor en större sjukdomsbörda av funktionsförlust jämfört med pojkar och män. Likaså gäller för alla åldersgrupper att pojkar och män har större sjukdomsbörda av förtida död.

Figur 18. Sjukdomsbörda per kön och åldersgrupp, 10 år och äldre, 2021.

DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

4.3 Sjukdomsbördan har minskat för båda könen, men i större utsträckning för män

Både kvinnor och män har under de senaste 20 åren haft en positiv utveckling för sjukdomsbördan totalt sett, se figur 19. Medellivslängden har över perioden ökat för båda könen. Män har dock haft en något större ökning i medellivslängd⁴, vilket också avspeglas i figuren i att mäns sjukdomsbörda till följd av förtida död har minskat mer än kvinnors.

Två orsaker är främst bidragande till den här utvecklingen. Den första är att sjukdomsbördan från förtida död på grund av kranskärslssjukdom har minskat för hela befolkningen, vilket gett ett större positivt genomslag på män, eftersom det utgör en större andel av deras sjukdomsbörda. Det andra är att sjukdomsbördan från förtida död på grund av lungcancer och kol har ökat bland kvinnor men minskat bland män.

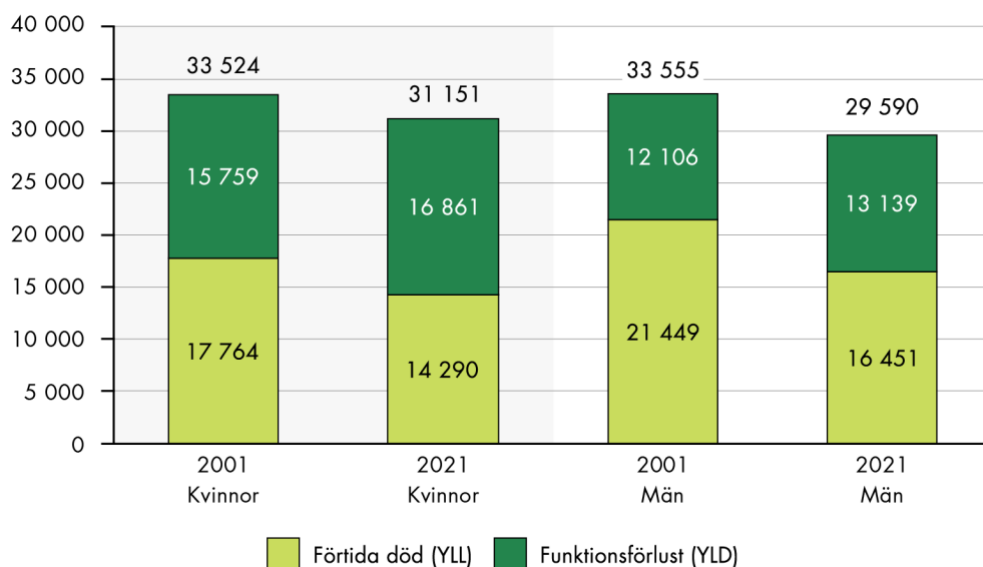
Samtidigt har sjukdomsbördan orsakad av funktionsförlust ökat ungefär lika mycket för kvinnor och män över perioden. Kvinnors sjukdomsbörda orsakad av funktionsförlust har konsekvent legat ungefär 30 procent högre än mäns de senaste 20 åren. Sammantaget innebär detta att medan sjukdomsbördan var lika stor för båda könen 2001, hade kvinnor 2021 en sjukdomsbörda som var cirka 5 procent större än mäns.⁵

⁴ Från 2006 till 2021 har mäns återstående medellivslängd vid 30 års ålder ökat med 2,3 år och var 51,9 år 2021, medan kvinnornas återstående medellivslängd vid 30 års ålder ökat med 1,8 år och var 55,3 år 2021 (Folkhälsomyndigheten 2023).

⁵ Om sjukdomsbördan till följd av covid-19 exkluderas skulle könsskillnaden år 2021 i stället uppgå till 7 procent. Skälet är att covid-19 gav män betydligt större sjukdomsbörda än kvinnor.

Figur 19. Sjukdomsbörda per kön, år 2001 och 2021, 10 år och äldre.

DALY per 100 000



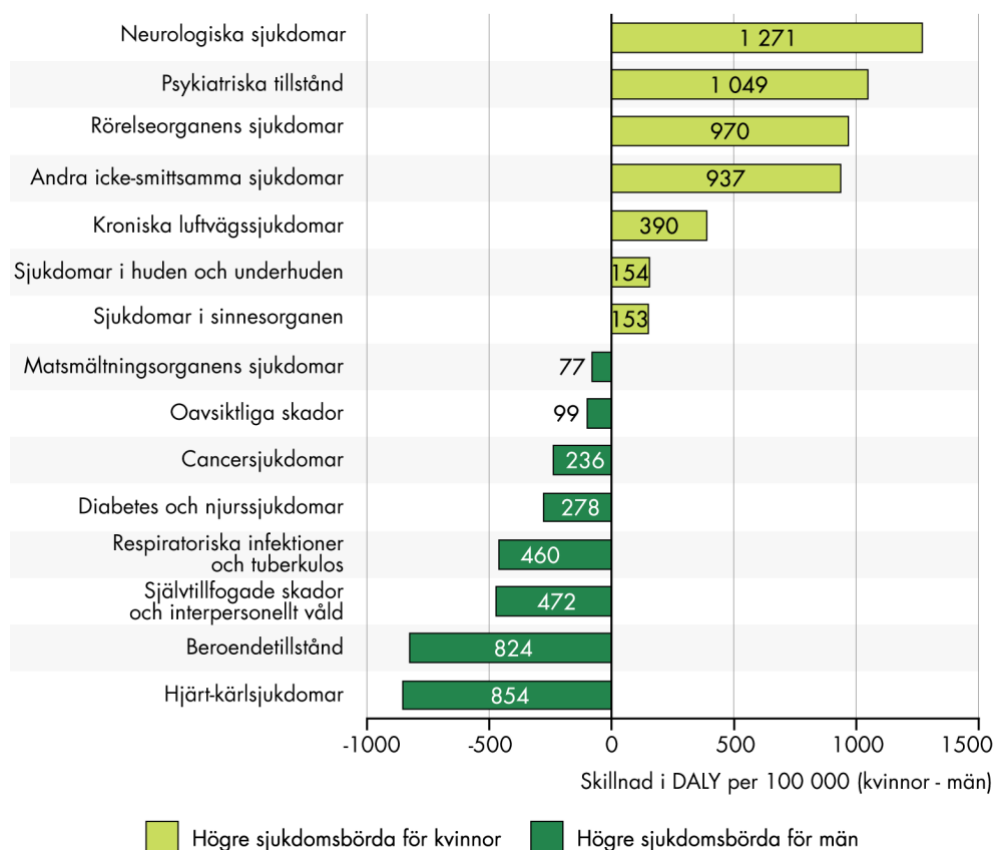
Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

4.4 Betydande könsskillnader i sjukdomsbördan för olika sjukdomsgrupper

Män och kvinnor påverkas i stor utsträckning av samma typer av sjukdomar. Cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar orsakar störst sjukdomsbörda för båda könen, följt av sjukdomar i rörelseorganen, psykiatriska tillstånd och neurologiska sjukdomar. När det gäller hur stor sjukdomsbörda olika sjukdomsgrupper orsakar för respektive kön, finns det dock betydande skillnader. Det finns flera olika orsaker till dessa skillnader – allt från biologiska faktorer till livsvillkor och hur vården fungerar. Men för flera av de sjukdomar där skillnaderna är som störst vet vi fortfarande inte tillräckligt om varför det ser ut som det gör.

4.4.1 Kvinnor har större sjukdomsbörda för neurologiska sjukdomar, psykiatriska tillstånd och rörelseorganens sjukdomar

Figur 20 visar könsskillnader i sjukdomsbörda för de 15 största sjukdomsgrupperna i hela befolkningen, där de ljusgröna staplarna visar sjukdomsgrupper där kvinnor har större sjukdomsbörda än män, och mörkgröna staplar visar sjukdomsgrupper där män har större sjukdomsbörda än kvinnor. De sjukdomsgrupper där kvinnor har större sjukdomsbörda än män, och där skillnaden är som störst, är neurologiska sjukdomar, psykiatriska tillstånd och rörelseorganens sjukdomar. Gemensamt för de flesta sjukdomsgrupper där kvinnor har större sjukdomsbörda är att de orsakar funktionsförlust snarare än förtida död. Hjärt-kärlsjukdomar och beroendetillstånd är de sjukdomsgrupper som medför jämförelsevis störst sjukdomsbörda för män.

Figur 20. Absolut könsskillnad i sjukdomsbörda mellan svenska kvinnor och män, 10 år och äldre, 2021.

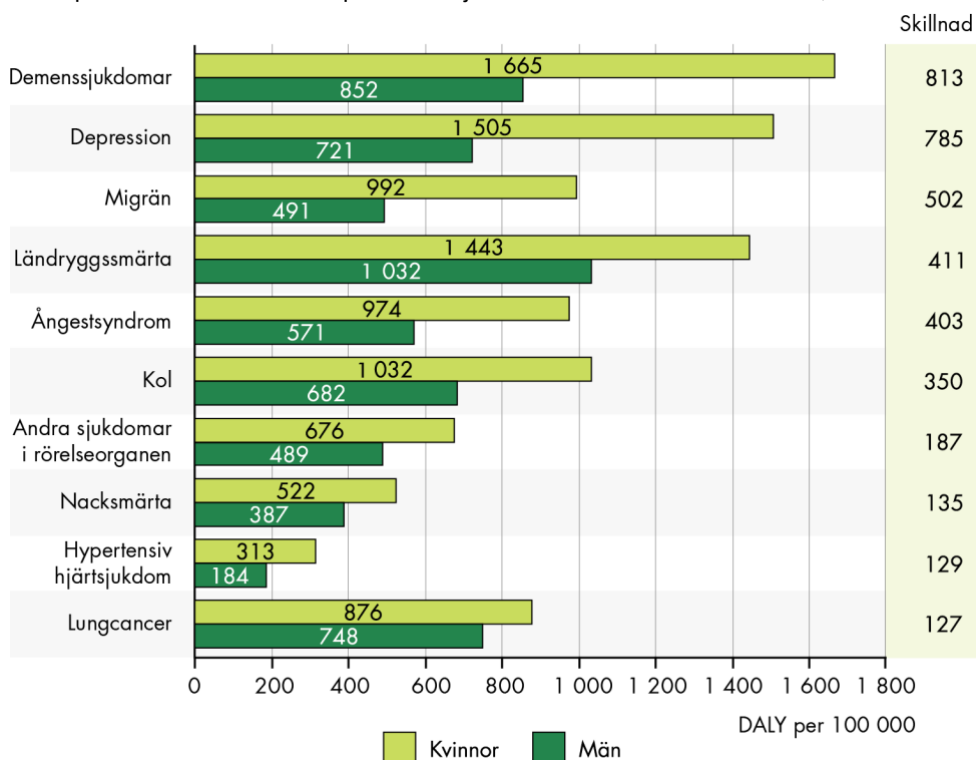
Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Not: Kategorin "andra icke-smittsamma sjukdomar" innefattar gynekologiska tillstånd, vilket är huvudförklaringen till den stora könsskillnaden i denna sjukdomsgrupp.

Figur 21 visar de tio hälsotillstånd där kvinnor har större sjukdomsbörda än män, och där skillnaden är som störst. Demenssjukdomar, depression och migrän är de hälsotillstånd där könsskillnaden är som störst, och där har kvinnor ungefär dubbelt så stor sjukdomsbörda som män.

I bilaga 3 redovisas hur sjukdomsbördan för demenssjukdomar, depression, migrän, ländryggsmärta, ångestsyndrom och kol varierar mellan olika åldersgrupper för kvinnor respektive män.

Figur 21. De 10 hälsotillstånd med störst absolut skillnad i sjukdomsbörda mellan könen, med fokus på hälsotillstånd som skapar större sjukdomsbörda för kvinnor än män, 10 år och äldre, 2021.



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Neurologiska sjukdomar bidrar starkast till könsskillnaden

Kvinnor har totalt runt 50 procent större sjukdomsbörda än män orsakad av neurologiska sjukdomar. Könsskillnaden drivs främst av skillnader i sjukdomsbörda av demenssjukdomar och migrän.

Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste formen av demenssjukdom, är vanligare bland kvinnor än bland män. Den största riskfaktorn för att drabbas av Alzheimers är hög ålder, men att kvinnor generellt sett lever längre kan inte enskilt förklara skillnaden i sjukdomsförekomst (Mauvais-Jarvis m.fl. 2020). Studier har bland annat föreslagit att könsskillnader i ansamlingen av ett protein som har betydelse för utvecklingen av sjukdomen kan spela roll (Smith m.fl. 2020).

När det gäller migrän är förekomsten fram till puberteten likartad hos pojkar och flickor, men efter puberteten blir migrän två till tre gånger vanligare hos kvinnor än hos män (Vetvik & MacGregor 2017). Kvinnor rapporterar dessutom längre varighet av migränanfallen, större funktionsnedsättning och en längre återhämtningstid efter ett anfall (Vetvik & MacGregor 2017). Det är känt att könshormoner påverkar migrän, bland annat upplever många kvinnor anfall innan eller i samband med menstruationen. Kvinnors sjukdomsbörda i migrän minskar betydligt efter klimakteriet men trots det består stora könsskillnaderna i sjukdomsbörda livet ut. Mer forskning behövs om hur både kvinnliga och manliga könshormoner påverkar migrän, för att förstå mer om orsakerna till den högre förekomsten hos kvinnor (Vetvik & MacGregor 2017).

Depression och ångestsyndrom hos kvinnor driver den stora könsskillnaden i psykiatriska tillstånd

Kvinnor har 45 procent större sjukdomsbörda orsakad av psykiatriska tillstånd än vad män har. Det beror främst på att kvinnor har en större sjukdomsbörda än män kopplad till depression och ångestsyndrom – dubbelt så stor för depression och 70 procent större för ångestsyndrom. För vissa andra av de psykiatriska tillstånden (till exempel autism-spektrumtillstånd) har män en större sjukdomsbörda än kvinnor.

Även indikatorer på självskattad hälsa från Nationella folkhälsoenkäten, som andelen individer som anser sig ha besvär av olika grad av ångslan, oro, ångest eller av stress, visar på en större psykisk ohälsa för kvinnor än män i hela befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2024a). Det är också en betydligt högre andel flickor och kvinnor som har vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos, eller som har behandlats med antidepressiva läkemedel, än pojkar och män (Folkhälsomyndigheten 2023d).

Det är komplicerat att förklara könsskillnaden i förekomst och sjukdomsbörda kopplade till depression och ångest, och mycket är fortfarande okänt (Kundakovic & Rocks 2022). Biologiska skillnader, kopplade till bland annat könshormoner, har lyfts fram som en förklaring. Risken att drabbas av depression ökar när östrogennivåerna sjunker kraftigt, vilket sker exempelvis efter graviditet och i klimakteriet (Kundakovic & Rocks 2022; Mauvais-Jarvis m.fl. 2020). Även sociala faktorer som skillnader mellan könen i levnads- och arbetsförhållanden, sociala normer och samhällsstrukturer har lyfts fram som möjliga förklaringar. Det har också diskuterats att psykisk ohälsa kan ta sig olika uttryck mellan könen. Exempelvis har maskulinitetsnormer lyfts som hinder för män när det gäller att söka hjälp vid psykisk ohälsa (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] 2019).

Kvinnor mer drabbade av sjukdomar i rörelseorganen

Sjukdomar och besvär relaterade till rörelseorganen är vanliga, och viktiga orsaker till försämrad hälsa och livskvalitet, liksom sjukfrånvaro i befolkningen. Kvinnor har totalt runt 40 procent större sjukdomsbörda än män kopplat till rörelseorganens sjukdomar. Det är i princip samma hälsotillstånd som skapar sjukdomsbörda för båda könen: smärta i ländrygg och nacke, artros i knä och hand, och en blandning av andra sjukdomar i rörelseorganen.

Orsakerna till sjukdomar och besvär i rörelseorganen, liksom orsakerna till könsskillnaderna kan vara flera. När det gäller ländryggsmärta har forskning visat att viktiga riskfaktorer är sociala faktorer (kort utbildning, låg socioekonomisk status och arbetsmiljö som tunga lyft eller arbetsställning), livsstilsfaktorer (exempelvis obesitas och rökning) psykologiska faktorer (exempelvis stress eller en rädsla/förväntan att smärtan är ett tecken på allvarlig sjukdom) och till viss del biologiska faktorer (Karran, Grant & Moseley 2020; Vlaeyen m.fl. 2018).

Gemensamt för flera av hälsotillstånden i rörelseorganens sjukdomar är att de kännetecknas av långvarig smärta. Forskning har visat att genusnormer kan påverka hur hälso- och sjukvårdspersonal ser på smärta kopplat till kön. Enligt en litteraturstudie av Samulowitz, Gremyr, Eriksson & Hensing (2018) är en vanlig, stereotyp uppfattning bland hälso- och sjukvårdspersonal att kvinnor överdriver sin smärta medan män underrapporterar smärta. Det är också vanligt att tro att kvinnors smärta har psykologiska orsaker. Litteraturstudien konstaterar att könsnormer kan få vårdpersonal att behandla män och kvinnor utifrån könsstereotyper snarare än individuella behov.

SBU (2019) har identifierat att det saknas forskning på behandling av långvariga smärttillstånd i rörelseorganen specifikt hos kvinnor, trots att långvarig smärta är vanligare hos kvinnor än män.

Män mer drabbade av hjärt-kärlsjukdomar och beroendetillstånd

Hjärt-kärlsjukdomar är den sjukdomsgrupp som orsakar näst störst sjukdomsbörda för kvinnor. Men sjukdomsbördan för män är nästan 20 procent högre.

För befolkningen som är 20 år och äldre är det ungefär dubbelt så vanligt att män insjuknar i akut hjärtinfarkt jämfört med kvinnor. Män drabbas också generellt cirka 10 år tidigare än kvinnor av hjärtinfarkt. Andelen som dör efter akut hjärtinfarkt har tidigare varit högre för män än för kvinnor, men skillnaden har successivt minskat och är nu i stort sett densamma för båda könen (Socialstyrelsen 2024e).

En studie från Walli-Attai m.fl. (2022) visade att båda könen generellt drabbas av samma hjärt-kärlsjukdomar och i stort sett har liknande riskfaktorer. En delförklaring till att fler män ändå drabbas är att kvinnligt könshormon troligen är skyddande (Vitale, Mendelsohn & Rosano 2009).

Beroendetillstånd samt självtillfogade skador och interpersonellt våld är sjukdomsgrupper med betydligt större sjukdomsbörda för män än för kvinnor. Män har ungefär tre gånger så stor sjukdomsbörda av beroendetillstånd, och ungefär dubbelt så stor sjukdomsbörda av självtillfogade skador och interpersonellt våld. Könsskillnaden för beroende drivs i lika delar av skillnader i alkohol- och opioidberoende, och könsskillnaden för självtillfogade skador och interpersonellt våld drivs av skillnader i suicid. Suicidförsök är vanligare för kvinnor än för män, men fullbordade suicid är mer än dubbelt så vanliga hos män: År 2023 dog 385 kvinnor och 943 män av säkert fastställda suicid i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2024b). Studier visar att både suicidalt beteende och missbruk är förknippade med maskulina könsnormer. Det finns också kopplingar till psykisk ohälsa, till exempel kan den manliga normen ”att förlita sig på sig själv” öka risken för självmedicinering med alkohol och droger vid depression och ångest (Jämställdhetsmyndigheten 2021a).

4.5 Internationella jämförelser

I det här avsnittet visar vi hur sjukdomsbördan för ett urval av hälsotillstånd har utvecklats över tid för svenska kvinnor och män, jämfört med våra grannländer Danmark, Norge och Finland. I bilaga 3 visas motsvarande figurer för ångestsyndrom, migrän och ländryggsmärta.

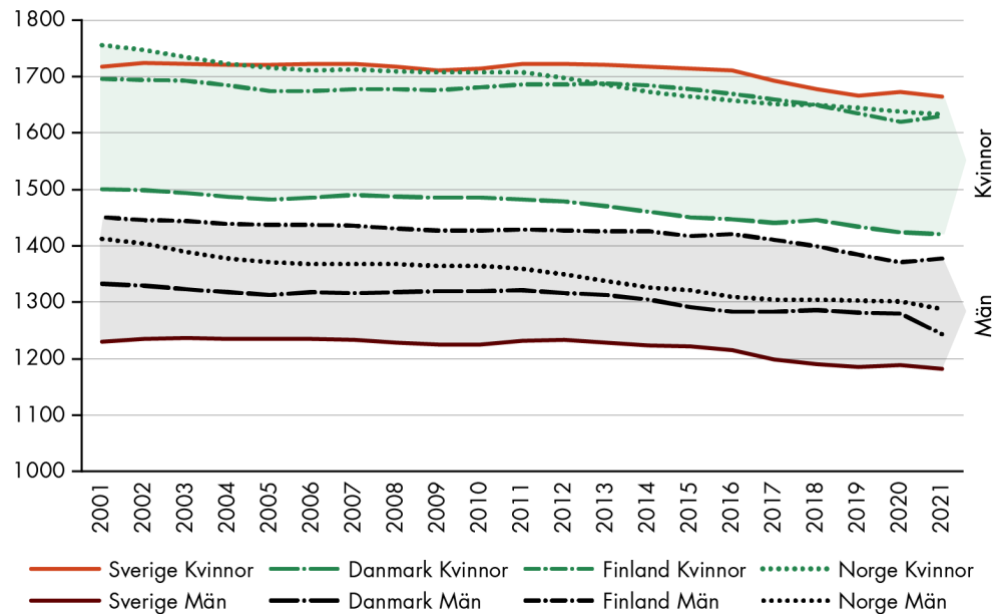
Vi har åldersstandardiserat sjukdomsbördan, vilket innebär att vi tar hänsyn till skillnader i åldersstruktur mellan länderna, mellan könen och över tid. En del av skillnaden i sjukdomsbörda mellan länderna kan förklaras av att olika länder kan ha olika sätt att upptäcka och diagnostisera sjukdomar. I de flesta hälsotillstånd vi analyserat är relationen mellan kvinnor och män densamma i alla länder – alltså att kvinnor har högre eller lägre sjukdomsbörda än män. Det är dock ibland stora skillnader mellan länderna hur stor könsskillnaden är. Noterbart är att i både kol och lungcancer har svenska kvinnor numera större sjukdomsbörda än svenska män. Så är det inte i något av våra grannländer.

4.5.1 Kvinnor har större sjukdomsbörda av demenssjukdomar

I samtliga länder har kvinnor större sjukdomsbörda till följd av demenssjukdomar än män. Sverige är det land som har störst könsskillnad i sjukdomsbörda, eftersom vi har störst sjukdomsbörda till följd av demenssjukdomar för kvinnor, men minst för män.

Figur 22. Sjukdomsbörda demenssjukdomar (åldersstandardiserat), per land och över tid, kvinnor och män, 10 år och äldre.

DALY per 100 000



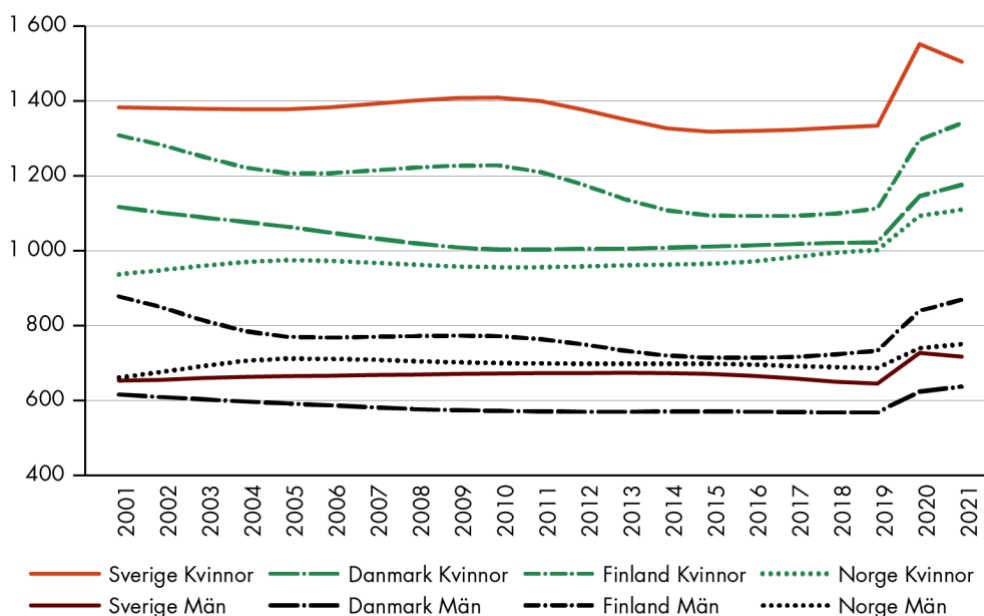
Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

4.5.2 Sjukdomsbördan av depression ökade vid covid-19-pandemin

I samtliga länder har kvinnor en större sjukdomsbörda av depression än män. Sverige är det land där kvinnor har störst sjukdomsbörda till följd av depression, och där skillnaden mot män är som störst. I samband med covid-19-pandemin ökade sjukdomsbördan kopplad till depression i samtliga länder, vilket syns genom den kraftiga uppgången 2020.

Figur 23. Sjukdomsbörda depression (åldersstandardiserat), per land och över tid, kvinnor och män, 10 år och äldre.

DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

4.5.3 Kol och lungcancer

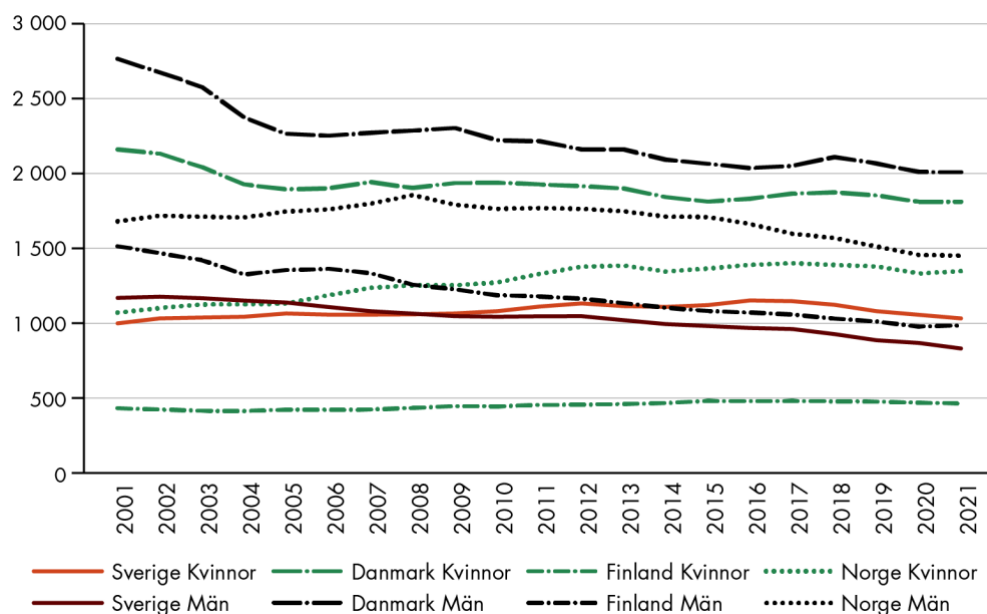
Historiskt sett har män haft en större sjukdomsbörda av både kol och lungcancer än kvinnor. Men över de senaste 20 åren har könsskillnaderna minskat i alla länder i jämförelsen.

Tobaksrökning är en stark bidragande orsak till både kol och lungcancer, och eftersom sjukdomarna tar lång tid att utveckla beror utvecklingen i dag på befolkningens rökvanor historiskt sett. På 1940-talet var det 50 procent av männen men endast 9 procent av kvinnorna som rökte regelbundet i Sverige. Kvinnor började röka i större utsträckning under 1960- och 1970-talen, medan männens rökvanor har minskat från 1970-talet och framåt (SOU 1999:137). De senaste decennierna har rökning minskat både bland kvinnor och män, och andelen som röker dagligen i Sverige är i dag något större bland kvinnor (5,7 procent) än män (5,0 procent) (Folkhälsomyndigheten 2025). Men eftersom nedgången i rökning började tidigare hos män än hos kvinnor, har både insjuknande och dödlighet i lungcancer minskat hos män sedan 1970-talet, men ökat hos kvinnor. Dödligheten bland kvinnor har sedan planat ut under 00-talet och minskat för varje år sedan 2017 (Socialstyrelsen 2024f).

Sverige är det enda land i jämförelsen där kvinnor nu har större sjukdomsbörda än män av både kol och lungcancer. Dock har både svenska kvinnor och män en relativt låg sjukdomsbörda jämfört med grannländerna.

Figur 24. Sjukdomsbörda kol (åldersstandardiserat), per land och över tid, kvinnor och män, 10 år och äldre.

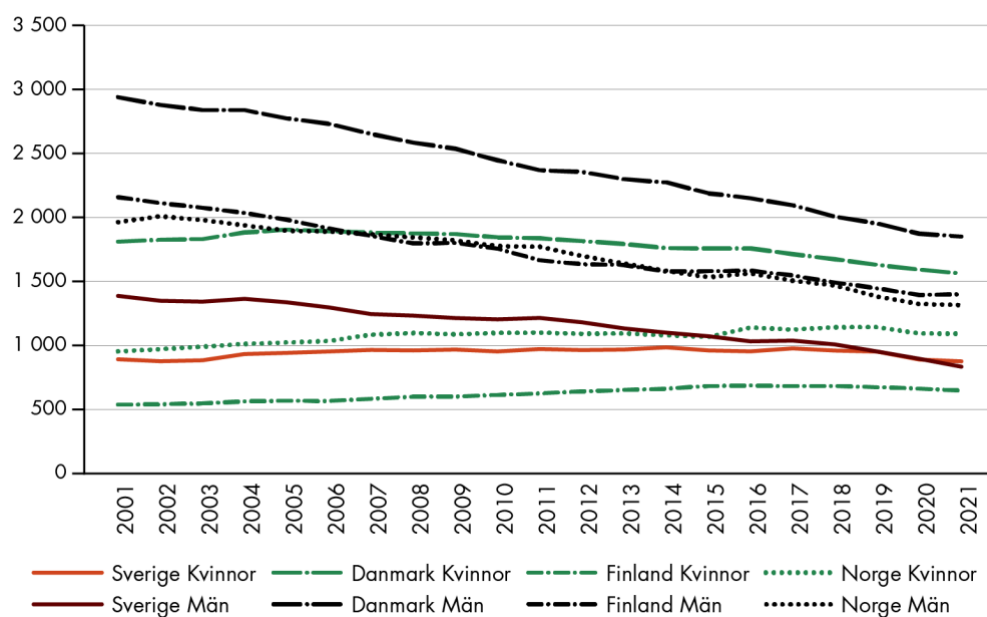
DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Figur 25. Sjukdomsbörda lungcancer (åldersstandardiserat), per land och över tid, kvinnor och män, 10 år och äldre.

DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

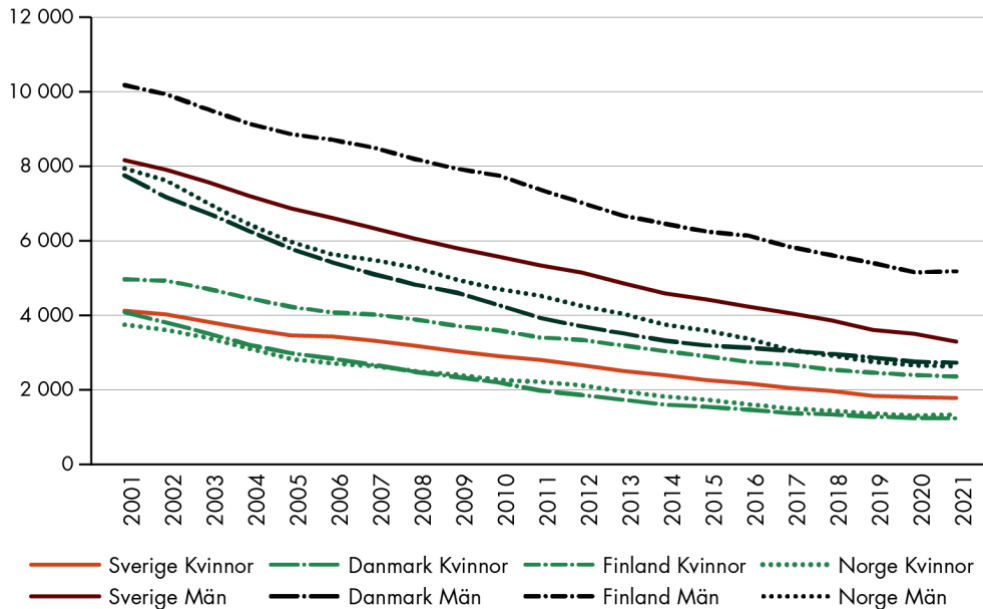
4.5.4 Sjukdomsbördan av kranskärslsjukdomar har minskat

Sjukdomsbördan av kranskärslsjukdomar har minskat kraftigt för både kvinnor och män, i samtliga länder i jämförelsen. Det finns en viss variation i hur stor minskningen har varit mellan länderna, men i varje land har kvinnor och män haft en liknande nedgång räknat i procent. Utvecklingen beror i huvudsak på ändrade levnadsvanor och bättre

behandling av riskfaktorer som högt blodtryck och höga blodfetter (Socialstyrelsen 2024b).

Figur 26. Sjukdomsbörda kranskärslssjukdomar (åldersstandardiserat), per land och över tid, kvinnor och män, 10 år och äldre.

DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

4.6 Kvinnor har betydligt mer sjukfrånvaro än män

I det här avsnittet beskriver vi skillnader i kvinnors och mäns sjukfrånvaro som är längre än 14 dagar. Våra analyser visar att kvinnor har 58 procent högre sjukfrånvaro än män. För både kvinnor och män är psykiatriska tillstånd den vanligaste orsaken till sjukskrivning, men kvinnor har 85 procent högre sjukfrånvaro än män kopplat till de tillstånden. Brister i arbetsmiljön i kvinnodominerande branscher och kvinnors dubbla ansvar för arbete och hem har lyfts fram som bidragande faktorer till könsskillnaderna.

Med statistiken från Försäkringskassan är det bara möjligt att analysera sjukfrånvarofall som är längre än 14 dagar. När det gäller sjukfrånvaro som är kortare än 14 dagar, går det att få fram skillnader mellan könen, men inte vilken diagnos som är orsaken till sjukskrivningen, eller skillnader mellan åldrar. Under perioden 2019–2023 hade kvinnor i genomsnitt cirka 45 procent fler dagar med sjuklön än män (Statistiska centralbyrån 2025).

4.6.1 Kvinnor har betydligt högre sjukfrånvaro än män, särskilt kopplat till psykiatriska tillstånd

På gruppnivå har kvinnor högre sjukfrånvaro än män, både i Sverige och i övriga västvärlden (Försäkringskassan 2023b). Totalt sett hade kvinnor mellan 2019 och 2023 58 procent högre sjukfrånvaro med ersättning från Försäkringskassan än män.

Psykiatriska tillstånd är den i särklass vanligaste orsaken till sjukskrivning bland både kvinnor och män, men kvinnor har 85 procent högre sjukfrånvaro än män kopplat till psykiatriska tillstånd. Bland de psykiatriska tillstånden är det stressrelaterade tillstånd

som orsakar i särklass störst skillnad i sjukfrånvaro. Enbart könsskillnaden för stressrelaterade tillstånd motsvarar runt 50 procent av den totala könsskillnaden i sjukfrånvaro.

Efter psykiatriska tillstånd är rörelseorganens sjukdomar den näst största orsaken till sjukfrånvaro. Kvinnor har 38 procent högre sjukfrånvaro än män i rörelseorganens sjukdomar.

De flesta som får cancer är över 65 år, och cancersjukdomar utgör därför en förhållandevis liten andel av sjukskrivningarna för både kvinnor och män (5 respektive 6 procent). Sjukfrånvaron till följd av cancersjukdomar är dock 81 procent högre för kvinnor än för män. Könsskillnaden drivs främst av bröstcancer, som står för mer än en tredjedel av kvinnors sjukfrånvaro orsakad av cancer. Jämfört med maligna tumörer i de manliga könsorganen (vilket inkluderar prostatacancer) var det dubbelt så många personer som fick sjukpenning för bröstcancer, och det genomsnittliga antalet nettodagar med sjukpenning var nästan tre gånger så högt för bröstcancer (229 dagar) som för maligna tumörer i de manliga könsorganen (78 dagar).

Tabell 1. Sjukfrånvaro för de största sjukdomsgrupperna 2019–2023, genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar per år för kvinnor respektive män.

Sjukdomsgrupp	Sjukfrånvarodagar per 100 000		% skillnad
	Kvinnor	Män	
Psykiatriska tillstånd	615 661	332 804	85 %
<i>andel av sjukfrånvaro</i>	48 %	41 %	
Rörelseorganens sjukdomar	195 136	141 459	38 %
<i>andel av sjukfrånvaro</i>	15 %	17 %	
Skador	70 281	79 091	-11 %
<i>andel av sjukfrånvaro</i>	5 %	10 %	
Tumörer	71 728	39 576	81 %
<i>andel av sjukfrånvaro</i>	6 %	5 %	
Nervsystemet	55 344	35 955	54 %
<i>andel av sjukfrånvaro</i>	4 %	4 %	
Övriga sjukdomar	340 099	224 576	51 %
<i>andel av sjukfrånvaro</i>	22 %	23 %	
Totalt, alla sjukdomar	1 292 905	817 506	58 %
<i>andel av sjukfrånvaro</i>	100 %	100 %	

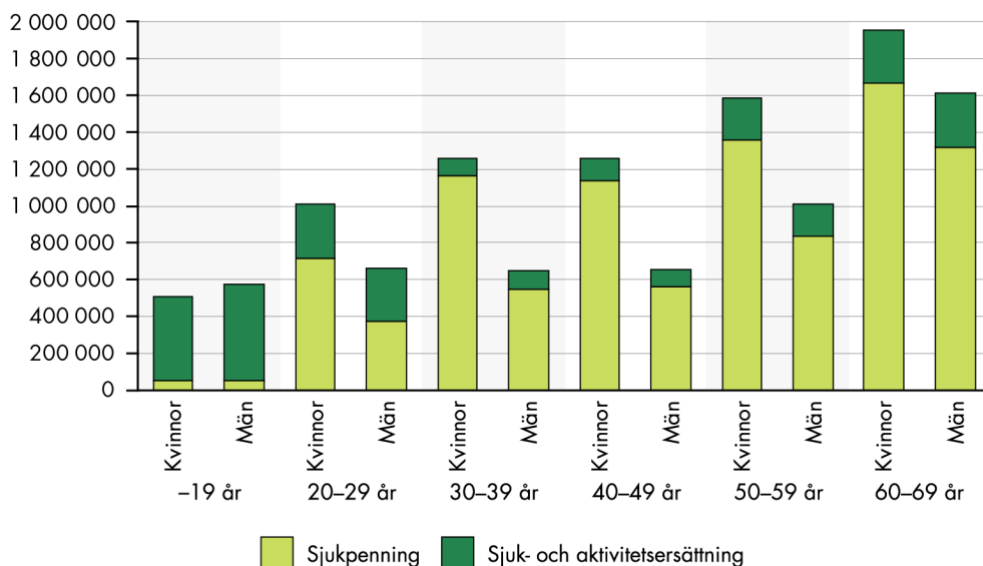
Källa: Försäkringskassan.

4.6.2 Könsskillnaderna i sjukfrånvaro är som störst i åldrarna 30–49 år

I alla åldersgrupper har kvinnor större sjukfrånvaro än män. Könsskillnaden är som störst i åldersgrupperna 30–39 år och 40–49 år. Där är kvinnors sjukfrånvaro nästan dubbelt så hög som mäns.

Figur 27. Sjukfrånvaro per åldersgrupp 2019–2023, genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar per år för kvinnor respektive män.

Sjukfrånvarodagar per 100 000



Källa: Försäkringskassan.

4.6.3 Sämre arbetsmiljö och dubbelarbete möjliga orsaker till kvinnors högre sjukfrånvaro

Det finns inga entydiga förklaringar till varför kvinnor har högre sjukfrånvaro än män. En del av förklaringen kan vara den könssegregerade arbetsmarknaden, det vill säga att män och kvinnor arbetar i olika branscher och yrken med olika påfrestningar. Det kan i sin tur påverka risken för sjukskrivning.

Försäkringskassan (2023c) lyfter fram att en viktig faktor är att kvinnor i större utsträckning än män arbetar i så kallade kontaktyrken, det vill säga yrken där man har kontakt med brukare, elever, patienter eller kunder. Brister i arbetsmiljön, till exempel en obalans mellan krav och resurser, bidrar till en högre sjukfrånvaro i de yrkena. Även de relativt sett få män som arbetar inom sådana yrken påverkas på samma negativa sätt av den bristande arbetsmiljön med en högre sjukfrånvaro (Försäkringskassan 2023c).

En annan faktor är den fysiska belastning som kvinnor utsätts för i vissa yrken, särskilt inom kvinnodominerade sektorer som hälso- och sjukvård, äldreomsorg och barnomsorg. Tunga lyft och obehagliga arbetsställningar kan leda till sjukskrivningar (Försäkringskassan 2018).

Dessutom påverkas sjukfrånvaron av kvinnors dubbelarbete. Kvinnor tar vanligtvis ett större ansvar för familj och hushållsarbete utöver sitt förvärvsarbete, vilket bidrar till en högre arbetsbelastning och mindre möjlighet till återhämtning. Det tros vara en faktor

som förstärker skillnaderna i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor (Angelov, Johansson, Lindahl & Lindström 2011; Försäkringskassan 2023c).

Samtidigt är sambandet mellan ohälsa, diagnossättning och sjukskrivning komplext. En rapport från Riksrevisionen (2019) visar att kvinnor och män med samma arbetsförmåga och samma symtom enligt läkarens bedömning, kan få olika bedömningar av sjukskrivningens längd. Kvinnor med lindrig eller medelsvår psykiatrisk diagnos tenderar att bli sjukskrivna under längre perioder, även om deras arbetsförmåga och symtom är liknande de männens. Rapporten tar inte ställning till om män är sjukskrivna för kort tid eller kvinnor för lång tid, men den visar på en tydlig skillnad. En sannolikt viktig förklaring som lyfts till de osakliga könsskillnaderna är den betydande osäkerhet som många gånger finns i bedömningen av patienter med psykisk ohälsa.

5 Slutsatser

I den här rapporten har vi presenterat en kartläggning av flickors och kvinnors hälsa i Sverige. Vi har haft ett bredare perspektiv än reproduktiv hälsa, graviditet och förlossning, som ofta är de områden som betonas när det gäller kvinnors hälsa och som hittills haft störst fokus i regeringens satsning.

Syftet med delrapporten är att kartlägga flickors och kvinnors hälsoproblem på befolkningsnivå, och utgångspunkten för rapporten är flickors och kvinnors sjukdomsbörda – det vill säga de effekter funktionsförlust och för tidig död har på befolkningsnivå. Vi har kartlagt vilka hälsotillstånd som medför störst sjukdomsbörda för flickor och kvinnor, hur mycket sjukdomsbörda som hälsotillstånd som enbart drabbar flickor och kvinnor medför samt hur flickors och kvinnors sjukdomsbörda skiljer sig från pojkars och mäns sjukdomsbörda.

Vi presenterar fyra slutsatser. För det första bidrar cancer och hjärt-kärlsjukdomar mest till kvinnors sjukdomsbörda. För det andra påverkar psykiatriska tillstånd och smärttillstånd kvinnors hälsa i alla åldersgrupper, och utgör därigenom en genomgående utmaning. För det tredje utgör kvinnospecifika tillstånd en mindre andel av den totala sjukdomsbördan, men kan ha bredare påverkan på kvinnors hälsa över tid. Slutligen har kvinnor en större sjukdomsbörda än män kopplad till funktionsförlust, vilket särskilt hör samman med kvinnors större sjukdomsbörda inom psykiatriska tillstånd, neurologiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Kvinnor har även en avsevärt högre sjukfrånvaro än män.

Vårt arbete med kartläggningen har lett till vissa hypoteser som vi bedömer är intressanta att undersöka vidare. Som avslutning presenterar vi därför några frågor som vi ser ett värde av att adressera i fortsatta studier i syfte att öka kunskapen om hur hälso- och sjukvårdens förmåga att möta flickors och kvinnors behov kan utvecklas.

5.1 Cancer och hjärt-kärlsjukdomar bidrar mest till kvinnors sjukdomsbörda

Cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar orsakar störst sjukdomsbörda för kvinnor. Tillsammans står de för en tredjedel av den totala sjukdomsbördan.

De cancerformer som orsakar störst sjukdomsbörda för kvinnor är lungcancer, bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer. De hjärt-kärlsjukdomar som orsakar störst sjukdomsbörda är kranskärlssjukdom (främst hjärtinfarkt), ischemisk stroke samt förmaksflimmer och förmaksfladder.

Risken att utveckla cancer och hjärt-kärlsjukdomar ökar med stigande ålder, och sjukdomsbördan från dessa sjukdomsgrupper är störst i de äldsta åldersgrupperna. Bland kvinnor som är 70 år och äldre står cancer och hjärt-kärlsjukdomar tillsammans för 44 procent av den totala sjukdomsbördan.

Sjukdomsbördan av både hjärt-kärlsjukdomar och cancer har minskat avsevärt de senaste 20 åren, vilket bland annat är ett resultat av tidigare upptäckt, förbättrade behandlingsmetoder och ändrade levnadsvanor. För hjärt-kärlsjukdomar har sjukdomsbördan minskat med 38 procent och för cancer med 15 procent.

Hjärt-kärlsjukdomar och cancer tillhör våra stora folksjukdomar och det pågår flera insatser kopplade till dem från olika aktörer, när det gäller både preventivt arbete samt upptäckt, behandling och efterföljande rehabilitering. Ett aktuellt exempel är regeringens pågående arbete med en uppdaterad cancerstrategi (Regeringskansliet 2024).

5.2 Psykiatriska tillstånd påverkar flickor och kvinnor i alla åldrar, samma sak gäller smärttillstånd

Vissa hälsotillstånd påverkar i hög grad flickor och kvinnor oavsett ålder. Inte minst gäller det flertalet psykiatriska tillstånd och smärttillstånd. Båda ger ett betydande bidrag till sjukdomsbördan i alla åldersgrupper och är därmed en central utmaning för kvinnors hälsa. Det är också vanligt med samsjuklighet mellan långvarig smärta och psykisk ohälsa.

I åldersgrupperna 10–24 år, 25–44 år och 45–69 år är psykiatriska tillstånd, särskilt depression och ångest, bland de största orsakerna till sjukdomsbörda. Psykiatriska tillstånd, främst stressrelaterad psykisk ohälsa, är dessutom den främsta orsaken till sjukfrånvaro bland kvinnor i alla åldersgrupper.

Hos äldre kvinnor (70+ år) är psykiatriska tillstånd en mindre andel av den totala sjukdomsbördan, men har fortfarande betydande hälsopåverkan. Enligt Socialstyrelsen finns det en underdiagnostisering, eftersom det är vanligt att äldre med psykisk ohälsa inte söker vård för sina besvär. Det kan också vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre patienter, eftersom de ofta har flera andra sjukdomar samtidigt (Socialstyrelsen 2018).

Smärta kan vara funktionsnedsättande och påverka livskvaliteten negativt, bland annat genom att begränsa arbetsförmåga, familjeliv och sociala relationer. Bland kvinnor i de yngre åldersgrupperna (10–24 år och 25–44 år) är migrän en viktig orsak till sjukdomsbörda, och för många kvarstår migrän som en hälsoutmaning genom stora delar av livet.

I medelåldern (45–69 år) får smärttillstånd i rörelseorganen, som ländryggssmärta och nacksmärta, ökad betydelse. De tillstånden orsakar både funktionsförlust och betydande sjukfrånvaro för kvinnor. Även hos äldre är smärta vanligt och kan bero på åldersrelaterade förändringar som nedsatt muskelstyrka och försämrad funktion i kroppens organ.

5.3 Kvinnospecifika hälsotillstånd utgör en mindre del av sjukdomsbördan, men kan påverka andra delar av kvinnors hälsa

Kvinnospecifika tillstånd är hälsotillstånd som bara drabbar flickor och kvinnor. De utgör sju procent av kvinnors totala sjukdomsbörda. I åldersgruppen 25–44 år är andelen som störst, 12 procent.

Sjukdomsbördan som kopplas till kvinno specifika sjukdomar orsakas till 60 procent av cancersjukdomar och till 40 procent av gynekologiska sjukdomar (exklusive gynekologisk cancer) och mödrasjukdomar. De kvinno specifika cancersjukdomarna som orsakar störst sjukdomsbörda är bröstcancer, äggstockscancer och livmodercancer. Bland de gynekologiska hälsotillstånd som orsakar stor sjukdomsbörda finns PMS, endometrios och PCOS. Flera av de hälsotillstånden kan påverka kvinnors hälsa på längre sikt. Det är bland annat känt att kvinnor som kommer i klimakteriet tidigt har en förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdomar och benskörhet, och vid PCOS ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar och diabetes (Delanerolle m.fl. 2025; Ollila m.fl. 2023).

Förlossningsvården i Sverige är generellt sett god och säker, vilket avspeglas i den mycket låga mödradödligheten. Den sjukdomsbörda som är kopplad till graviditet och förlossning – vilket varit ett prioriterat område inom satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa – utgör endast en mycket liten andel (0,03 procent) av kvinnors totala sjukdomsbörda. Samtidigt visar studier att vissa graviditetskomplikationer, som graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och högt blodtryck är förenade med en ökad risk för sjukdom senare i livet, bland annat hjärt-kärlsjukdom.

5.4 Vanligare med funktionsförlust och sjukfrånvaro för kvinnor än för män

Kvinnors och mäns sjukdomsbörda skiljer sig åt genom att kvinnor förlorar fler friska levnadsår på grund av funktionsförlust, medan män oftare dör i förtid. De här könsskillnaderna syns i alla åldrar, men är särskilt stora i åldersgrupperna 10–24 år och 25–44 år.

Totalt sett har kvinnor och män en snarlik sjukdomsbörda, men kvinnor har betydligt större sjukdomsbörda av psykiatriska tillstånd, neurologiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Kvinnors överrepresentation i dessa sjukdomsgrupper förklarar till stor del att kvinnor har större sjukdomsbörda relaterad till funktionsförlust.

Könsskillnaden inom psykiatriska tillstånd drivs av att kvinnor har dubbelt så stor sjukdomsbörda som män kopplad till depression, och 70 procent större för ångest-syndrom. Skillnaderna syns också i vårdutnyttjande, läkemedelsanvändning och sjukskrivningar. Till exempel har kvinnor 85 procent högre sjukfrånvaro än män på grund av psykiatriska tillstånd.

Även neurologiska sjukdomar som migrän och demens orsakar större sjukdomsbörda bland kvinnor. Efter puberteten är migrän två till tre gånger vanligare bland kvinnor än män. Demenssjukdomar är det hälsotillstånd med störst könsskillnad i total sjukdomsbörda. Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste formen av demenssjukdom, är vanligare bland kvinnor än bland män. Att kvinnor lever längre är en delförklaring, men inte hela, till skillnaden i sjukdomsförekomst i Alzheimers sjukdom.

Sjukdomar i rörelseorganen, till exempel smärta i rygg och nacke, är ytterligare ett område där kvinnor drabbas mer. Dessa tillstånd kan vara långvariga, påverka arbetsförmågan och är fortfarande otillräckligt utforskade ur ett kvinnoperspektiv.

Det är också vanligare att kvinnor är multisjuka, det vill säga att de lever med två eller fler sjukdomar samtidigt. Den aspekten har vi inte haft möjlighet att belysa i den här rapporten, men vi har tidigare konstaterat att multisjuka personer är en särskilt utsatt grupp i hälso- och sjukvården (Vårdanalys 2014).

De senaste 20 åren har medellivslängden ökat för både kvinnor och män, men mer för män. Det innebär att sjukdomsburden relaterad till förtida död har minskat. Sjukdomsburden relaterad till funktionsförlust har däremot ökat för båda könen, och är omkring 30 procent högre för kvinnor än för män.

Det är positivt att könsskillnaden i medellivslängd minskar. Men den fortsatta könsskillnaden relaterad till funktionsförlust lyfter fram behovet av att minska kvinnors sjukdomsburden och öka jämställdheten i hälsa genom att fokusera på insatser som minskar kvinnors funktionsförlust.

5.5 Materialet väcker flera frågor

Kvinnors hälsa är ett omfattande område och det finns många sätt man skulle kunna beskriva kvinnors hälsa på. I den här rapporten har vi valt att utgå från sjukdomsburden och sjukfrånvaro. Det finns därmed flera aspekter av kvinnors hälsa som vi inte har berört, men som är relevanta att belysa i andra studier.

Utifrån det arbete vi har gjort har vi identifierat några exempel på frågor som vore angelägna att undersöka vidare för att öka kunskapen om hur vården kan bidra till bättre hälsa och vård för flickor och kvinnor. Vår slutrapport kommer att fokusera på att följa upp regeringens satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa som helhet, och vi kommer främst att fördjupa oss i andra områden än de vi lyfter här. Men vi ser gärna att andra aktörer går vidare med de här frågorna, till exempel inom ramen för den särskilda satsning på forskning om kvinnors hälsa och sjukdomar som föreslås i regeringens forsknings- och innovationsproposition (prop. 2024/25:60).

5.5.1 Ojämlighet i kvinnors hälsa

I den här rapporten har vi främst analyserat skillnader i hälsa mellan kvinnor och män och mellan olika åldersgrupper. Det finns dock fler andra viktiga dimensioner att beakta. Det gäller variationer inom gruppen kvinnor, till exempel utifrån socioekonomiska villkor, etnisk bakgrund eller sexuell läggning och könsidentitet. Att studera de faktorerna kan ge en mer nyanserad bild av kvinnors hälsa och synliggöra ojämlikheter bland kvinnor.

5.5.2 Vårdens förmåga att möta kvinnors behov

En central fråga vi inte haft möjlighet att undersöka i vår rapport är hur väl vården svarar mot flickors och kvinnors behov. Det gäller exempelvis om det förekommer omotiverade skillnader i vården baserat på kön. Tidigare forskning har visat att det finns könsskillnader i vårdtillgång och vårdkvalitet inom flera diagnosområden. Det kan exempelvis handla om att kvinnor och män får olika behandlingar utan uppenbara medicinska skäl (SKL 2019). Det är därför angeläget att fortsätta studera sådana könsskillnader, både inom specifika diagnoser och genom bredare analyser som kan belysa om det finns strukturella utmaningar i vården som kan leda till omotiverade skillnader.

5.5.3 Styrning och kunskapsstöd ur ett köns- och genusperspektiv

Kunskapsstyrning i vården är ett viktigt verktyg för att främja en vård som baseras på bästa tillgängliga kunskap och ges på ett likvärdigt sätt. Det innebär också en möjlighet att uppmärksamma och på sikt minska omotiverade skillnader i vården, inklusive sådana som kan relateras till kön.

En fråga för fortsatta studier är att undersöka i vilken utsträckning kunskapsstöd och rekommendationer har ett köns- och genusperspektiv. Det kan exempelvis innebära att kunskapsstöden belyser hur biologiska skillnader mellan kvinnor och män kan påverka diagnostik, behandlingseffekt och biverkningar. Det kan också handla om att uppmärksamma hur könsnormer och stereotypa föreställningar kan påverka både vårdgivares bedömningar och patienters sätt att söka vård eller uttrycka symtom.

En strukturerad genomgång av befintliga kunskapsstöd utifrån de perspektiven skulle kunna bidra till ökad medvetenhet om hur kunskapsstyrningen kan utvecklas för att bättre stödja en mer könsmedveten och jämlik vård.

5.5.4 Belysa hur vanligt förekommande hälsotillstånd bland kvinnor prioriteras i vården

Tidigare studier visar att vissa vårdområden tenderar att uppfattas som mer prestigefyllda inom vården än andra. Till exempel har läkare i flera studier värderat akuta tillstånd kopplade till specifika organ och avancerad teknik högt, samtidigt som de värderat tillstånd som depression, ångest och fibromyalgi lägre (Album, Johannessen & Rasmussen 2017).

En slutsats i vår rapport är att sådana lägre värderade tillstånd oftare är en del av sjukdomsburden hos kvinnor än män. Därför kan det vara relevant att närmare undersöka hur de här tillstånden prioriteras inom hälso- och sjukvården, och på vilket sätt prioriteringarna i praktiken påverkas av skilda värderingar i vården.

Referenser

- 1177 (2023). *Utmattningssyndrom*. <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/utmattningssyndrom/> [2025-04-17].
- Aguilar-Shea, A. L., Membrilla Md, J. A., & Diaz-de-Teran, J. (2022). Migraine review for general practice. *Aten Primaria*, 54(2), s. 1-8.
- Album, D., Johannessen, L. E. F., & Rasmussen, E. B. (2017). Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Social Science & Medicine*, 180, s. 45-51.
- Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, R., & Lindström, E. (2011). *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. (Rapport 2011:2). IFAU – Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
- Cancerfonden (2025). *Bröstcancer*. <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/cancersjukdomar/brostcancer> [2025-04-15].
- Cancerfonden & Socialstyrelsen (2023). *Cancer i siffror. Populärvetenskapliga fakta om cancer 2023*.
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2023). *Folkhälsorapport 2023. Stockholms län*. Region Stockholm.
- Cheng, S.-T. (2017). Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. *Current psychiatry reports*, 19, s. 1–8.
- Crump, C., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2024). Adverse Pregnancy Outcomes and Long-Term Mortality in Women. *JAMA internal medicine*, 184(6), s. 631–640.
- Delanerolle, G., Phiri, P., Elneil, S., m.fl. (2025). Menopause: a global health and wellbeing issue that needs urgent attention. *The Lancet Global Health*, 13(2), s. e196-e198.
- Folkhälsomyndigheten (2023a). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023*.
- Folkhälsomyndigheten (2023b). *Hälsa hos hbtqi-personer*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/hbtqi-personer/> [2025-03-07].
- Folkhälsomyndigheten (2023c). *Menstruell hälsa bland unga vuxna – En intervjustudie om erfarenheter av menstruation och menstruationscykeln hos personer 18–29 år*.
- Folkhälsomyndigheten (2023d). *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023*.
- Folkhälsomyndigheten (2024a). *Statistik om psykisk hälsa i Sverige*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/> [2025-02-28].
- Folkhälsomyndigheten (2024b). *Statistik om suicid*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/> [2025-02-28].
- Folkhälsomyndigheten (2025). *Resultat i tabellform. Bilaga till Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2025*.
- Forte (2023). *Kvinnors hälsa och sjukdomar. Kartläggning och analys av forskningsbehov*.
- Försäkringskassan (2018). *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken*. *Socialförsäkringsrapport 2018:2*.
- Försäkringskassan (2020). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*.

- Försäkringskassan (2023a). *Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen. Delrapport 1.*
- Försäkringskassan (2023b). *Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv, 1995–2022.*
- Försäkringskassan (2023c). *Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. Försäkringskassans lägesrapport 2023:1.*
- Försäkringskassan (2024). *Skillnader i sjukfrånvaro. En forskningsöversikt med fokus på könsskillnader.*
- Försäkringskassan (2025). *Diagnosen utmattningssyndrom kan försvinna.*
<https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2025-03-21-diagnosen-utmattningssyndrom-kan-forsvinna> [2025-04-17].
- GBD 2021 Causes of Death Collaborators. (2024). Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 403(10440), s. 2100–2132.
- GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 403(10440), s. 2133–2161.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2024). *Global burden of diseases, injuries and risk factors study (GBD) protocol.*
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2025). *Global Burden of Disease (GBD).*
<https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd> [2025-03-14].
- Jansson, C., & Alexanderson, K. (2011). Innebär sjukskrivning i muskuloskeletal diagnos en ökad risk för sjuk-och aktivitetsersättning eller förtida död bland kvinnor och män. *En rikstäckande prospektiv kohortstudie: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.*
- Johnson, S. C., Cunningham, M., Dippenaar, I. N., Sharara, F., & Wool, E. E. (2021). Public health utility of cause of death data: applying empirical algorithms to improve data quality. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), s. 175.
- Jämställdhetsmyndigheten (2021a). *Maskuliniteter och ohälsa – en översikt. Litteraturöversikt om maskuliniteter och ohälsa mellan år 2011–2021. Bilaga.*
- Jämställdhetsmyndigheten (2021b). *Psykisk ohälsa och andra aspekter av hälsa.*
- Karlsson, T. S., Marions, L. B., & Edlund, M. G. (2014). Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93(1), s. 52–57.
- Karran, E. L., Grant, A. R., & Moseley, G. L. (2020). Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. *Pain*, 161(11), s. 2476–2493.
- Kundakovic, M., & Rocks, D. (2022). Sex hormone fluctuation and increased female risk for depression and anxiety disorders: From clinical evidence to molecular mechanisms. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 66.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., m.fl. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), s. 2673–2734.
- Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P. J., m.fl. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396(10250), s. 565–582.
- Myndigheten för vårdanalys (2014). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.* (Rapport 2014:2).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.* (Rapport 2020:11).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023). *Över tiden? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.* (Rapport 2023:4).

- Ollila, M. M., Arffman, R. K., Korhonen, E., Morin-Papunen, L., Franks, S., Junttila, J., & Piltonen, T. T. (2023). Women with PCOS have an increased risk for cardiovascular disease regardless of diagnostic criteria – a prospective population-based cohort study. *Eur J Endocrinol*, 189(1), s. 96–105.
- Regeringskansliet (2024). *Bättre tillsammans. Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi*.
- Regionala cancercentrum i samverkan (2025a). *Bröstcancer. Nationellt vårdprogram. Version 5.2*.
- Regionala cancercentrum i samverkan (2025b). *Gynekologisk cancer*.
<https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/gynekologi/> [2025-04-15].
- Regionala cancercentrum i samverkan (2025c). *Gynekologisk cellprovtagning och självprov för HPV*. <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/> [2025-04-25].
- Riksrevisionen (2019). *Jämställd sjukfrånvaro - Bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?*
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*, 2018(1), artikel 6358624.
- SBU (2019). *Behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor. En kartläggning av systematiska översikter*.
- SBU (2021). *Förlossningsbristningar. Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- Smith, R., Strandberg, O., Mattsson-Carlgren, N., Leuzy, A., Palmqvist, S., Pontecorvo, M. J., Devous, M. D., Sr, Ossenkoppele, R., & Hansson, O. (2020). The accumulation rate of tau aggregates is higher in females and younger amyloid-positive subjects. *Brain*, 143(12), s. 3805–3815.
- Socialdepartementet (2023). *Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Ändringsbeslut 2023-06-15 (S2023/02001)*.
- Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning*.
- Socialstyrelsen (2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser*.
- Socialstyrelsen (2019). *Utvärdering av vård vid endometrios. Huvudrapport med förbättringsområden*.
- Socialstyrelsen (2020). *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning*.
- Socialstyrelsen (2021a). *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning*.
- Socialstyrelsen (2021b). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*.
- Socialstyrelsen (2021c). *Vård och behandling vid klimakteriebesvär i primärvården samt i den gynekologiska specialistvården*.
- Socialstyrelsen (2024a). *Förslag till nationell plan 2024: Graviditet, förlossning och tiden efter*.
- Socialstyrelsen (2024b). *Omkring 1 000 färre hjärtinfarkter i Sverige 2023*.
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/omkring-tusen-farre-hjartinfarkter-i-sverige-2023/> [2025-04-17].
- Socialstyrelsen (2024c). *Statistik om dödsorsaker år 2023*.
- Socialstyrelsen (2024d). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2023*

- Socialstyrelsen (2024e). *Statistik om hjärtinfarkter 2023*.
- Socialstyrelsen (2024f). *Statistik om nyupptäckta cancerfall 2023*
- Socialstyrelsen (2024g). *Statistik om stroke 2023*.
- Socialstyrelsen (2025a). *Cancer i Sverige 2025. Insjuknande och dödlighet 1970–2023*.
- Socialstyrelsen (2025b). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2025. Del 1(3) A-G*.
- Socialstyrelsen (2025c). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda*.
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/> [2025-01-08].
- SOU 1999:137. *Hälsa på lika villkor/andra steget mot nationella folkhälsomål. Del 3*.
- SOU 2010:48. *Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård*.
- SOU 2016:55. *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*.
- Statistiska centralbyrån (2025). *Antal sjukdagar och sjukfall per anställd efter kön, sektor, tabellinnehåll och kvartal (2019 Kvartal 1 – 2023 Kvartal 4)*.
https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0209__AM0209A/SjukloneperiodSektor/ [2025-03-12].
- Sveriges Kommuner och Landsting (2019). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård. En sammanfattning*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom livet. Vårdens utmaningar och vägar framåt*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Vetvik, K. G., & MacGregor, E. A. (2017). Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *The Lancet Neurology*, 16(1), s. 76–87.
- Vitale, C., Mendelsohn, M. E., & Rosano, G. M. (2009). Gender differences in the cardiovascular effect of sex hormones. *Nature Reviews Cardiology*, 6(8), s. 532–542.
- Vlaeyen, J. W. S., Maher, C. G., Wiech, K., m.fl. (2018). Low back pain. *Nat Rev Dis Primers*, 4(1), s. 52.
- Walli-Attai, M., Rosengren, A., Rangarajan, S., m.fl. (2022). Metabolic, behavioural, and psychosocial risk factors and cardiovascular disease in women compared with men in 21 high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study. *The Lancet*, 400(10355), s. 811–821.
- Ward, Z. J., & Goldie, S. J. (2024). Global Burden of Disease Study 2021 estimates: implications for health policy and research. *The Lancet*, 403(10440), s. 1958–1959.

Bilaga 1: Metod DALY-skattningar

Här beskriver vi detaljer i metoden som används i globala sjukdomsbördeprojektet (GBD) för att ta fram DALY-skattningarna, samt hur vi i rapporten beräknat sjukdomsbördan utifrån statistiken i GBD-projektets databas. DALY-skattningarna har hämtats från GBD-databasen genom verktyget GBD Results, tillgängligt på <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. Datahämtningar gjordes under hösten 2024.

Sjukdomsbörda är ett mått på befolkningens hälsoläge

I den här rapporten beskriver vi sjukdomsbördan i befolkningen, mätt i funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years, DALY). I faktarutan beskrivs de olika komponenter som ingår i DALY och hur måttet beräknas.

DALY (Disability Adjusted Life Years) mäter sjukdomsbördan i en befolkning i ett samlat mått genom att kombinera uppgifter om sjukdomar, skador och dödsfall.

DALY är uppdelat i två komponenter: antal förlorade år på grund av för tidig död (YLL, Years of Life Lost) och antal förlorade friska år på grund av funktionsförlust (YLD, Years Lost to Disability).

YLL för ett visst hälsotillstånd beräknas genom att multiplicera antal döda för en viss dödsorsak med den förväntade återstående livslängden när döden inträffar. Uppskattningen av förväntad återstående livslängd beräknas baserat dels på en teoretisk global och icke könsspecifik optimal livslängd (med antagandet att alla individer i världen skulle kunna uppnå denna livslängd), dels på faktiska data på dödsfall från varje land, kön, åldersgrupp och år.

$YLL = \text{Antal döda} \times \text{Återstående livslängd}$

YLD beräknas för alla hälsotillstånd som på något sätt leder till tillfälligt eller varaktigt nedsatt hälsa. YLD för ett visst hälsotillstånd beräknas genom att multiplicera antalet individer i en befolkning som lever med hälsotillståndet med förväntad tid till tillfrisknande eller död (tid med funktionsförlust) och en funktionsförlustvikt som antar ett värde från 0 (full hälsa) upp till 1 (extremt funktionshinder eller död).

Funktionsförlustvikterna är skattade utifrån följderna av ett hälsotillstånd, och är till exempel högre för ländryggssmärta som strålar ut i benen än för ländryggssmärta som inte gör det, eller cancer med respektive utan metastaser. Funktionsförlustvikterna har tagits fram av expertpaneler samt genom enkäter och intervjuer med olika befolkningsgrupper i olika länder i världen. Vikterna varierar inte med till exempel kön eller land.

Uppskattningen av hälsotillståndens förekomst bygger på en kombination av estimat från forskningsstudier och vårdadministrativa uppgifter (som patientregister och utbetalningar från försäkringssystemet).

$YLD = \text{Prevalens} \times \text{Tid med funktionsförlust} \times \text{Funktionsförlustvikt}$

En DALY motsvarar förlust av ett år av full hälsa och beräknas som

$DALY = YLL + YLD$

Källa: GBD 2021 Causes of Death Collaborators (2024); GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators (2024); Institute for Health Metrics and Evaluation (2025).

Så beräknas sjukdomsbörda

GBD-projektet baseras på en utförlig datainsamling genom nationella datasystem, enkätdata, kliniska datakällor samt vetenskaplig litteratur, som modelleras för att få fram skattningar på sjukdomsbördan för 371 olika hälsotillstånd (Ward & Goldie 2024). Utgångspunkten är att alla tillgängliga data om sjuklighet, dödlighet, exponering och relativa riskbedömningar används, givet att de uppfyller projektets kvalitetskrav, bland annat att det ska finnas tillräcklig information om metod och material för att kunna avgöra studiernas kvalitet. Projektets metod gör det sedan möjligt att väga samman den stora mängden datakällor för att skatta sjukdomsbördan för olika hälsotillstånd, även när dataunderlag är bristfälliga eller där det finns skillnader i metod mellan olika studier (Institute for Health Metrics and Evaluation 2024).

Skattningarna förfinas successivt

Utgångspunkten för GBD-skattningarna är en skattning av sjukdomsbördan på global nivå, det vill säga den är densamma för alla i hela världen, oavsett plats, ålder, kön och år. Skattningarna förfinas sedan successivt på lägre geografisk nivå, samt utifrån ålder, kön och år. Det innebär att Sverige-skattningen utgår från skattningen av sjukdomsbörda på global nivå som anpassas successivt för att passa för befolkningen i Sverige. Svenska källor används om de uppfyller projektets kriterier, men annars utgår skattningarna från tillgängliga data från andra jämförbara länder.

Modellen korrigerar för multisjuklighet

Multisjuklighet innebär att en person har två eller fler sjukdomar samtidigt. I GBD-projektet korrigeras funktionsförlustestimaten (YLD) för att ta hänsyn till multisjuklighet i befolkningen (GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators 2024). Korrigeringen syftar främst till att undvika dubbelräkning av sjukdomsbörda mellan hälsotillstånd. Det finns inte möjlighet att få fram estimat på sjukdomsbördan för individer med olika kombinationer av hälsotillstånd, eller uppskattningar av hur stor andel av befolkningen som är multisjuka.

DALY-beräkningarna utgår från ICD

DALY-beräkningarna i GBD-databasen omfattar hälsotillstånd som definieras med sjukdomsklassifikationen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

ICD är ett system för klassificering av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2025b). Det innebär att DALY-måttet i första hand fångar nedsatt hälsa i form av definierade sjukdomstillstånd. Det är dock inte enbart hälsotillstånd som faktiskt diagnostiserats i vården som fångas upp i DALY-beräkningarna. Genom att kombinera data från vårddatabaser över sjukvårdsbesök med epidemiologiska befolkningsstudier och enkätundersökningar är ambitionen i GBD-projektet att skaffa en heltäckande bild av sjukdomsförekomst i befolkningen, oavsett om de är upptäckta av vården eller inte.

GBD-databasens indelning av hälsotillstånd och skador

De hälsotillstånd och skador som ingår i GBD-databasen finns redovisade på fyra olika nivåer. Vissa hälsotillstånd bryts inte ner till nivå 4, utan bara till nivå 3. Vi illustrerar hierarkin med två exempel: ångestsyndrom och ischemisk stroke.

Tabell 2. Exempel på GBD-databasens indelning av hälsotillstånd.

GBD-nivå	Exempel 1	Exempel 2
1	Icke smittsamma sjukdomar	Icke smittsamma sjukdomar
2	Psykiatriska tillstånd	Hjärt-kärlsjukdomar
3	Ångestsyndrom	Stroke
4		Ischemisk stroke

I den här rapporten visar vi både sjukdomsburden på nivå 2 och på lägsta möjliga nivå (nivå 3 eller 4, beroende på vad som finns tillgängligt för det hälsotillståndet). På så sätt ger vi dels en övergripande bild av vilka sjukdomsgrupper som bidrar mest till flickors och kvinnors sjukdomsburda i befolkningen, dels en mer detaljerad bild genom att studera enskilda hälsotillstånd.

Klassificeringen av hälsotillstånd baseras på ICD

GBD-databasens indelning av hälsotillstånd följer i stort klassificeringssystemet ICD, men skiljer sig gentemot hur ICD-diagnoser grupperas in i avsnitt och kategorier. På aggregerad nivå (GBD nivå 2 och ICD:s diagnoskapitel) är indelningen som GBD-databasen använder generellt jämförbar med ICD:s. Men på GBD-nivå 3 och 4 finns variation i hur brett eller smalt ett hälsotillstånd har definierats. Till exempel definieras hälsotillståndet depression i GBD-databasen som diagnoserna F32.x (depressiv episod), F33.X (recidiverande depressioner) och F34.1. (dystymi). I motsats till detta definieras hälsotillståndet ländryggssmärta i GBD-databasen som ett urval av diagnoser som inkluderar L54.5 (Lumbago, som i ett svenskt sammanhang kanske oftast skulle förknippas med ländryggssmärta), men dessutom en lång rad andra diagnoser och underdiagnoser. Det innebär att det är lättare att definiera patientgruppen och relatera

estimat på sjukdomsbörda till andra estimat (som prevalens eller vårdkonsumtion) för vissa hälsotillstånd än för andra. En full förteckning av GBD-databasens indelning av diagnoser finns på <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2021-cause-icd-code-mappings>.

Eventuella felklassificeringar av dödsorsaksdata omfördelas

I vissa fall kan inte den officiella dödsorsaken vid ett dödsfall kopplas till ett specifikt hälsotillstånd, på grund av att den angivna orsaken inte kan utgöra en dödsorsak eller för att den är ospecifik. För att den totala sjukdomsbördan på befolkningsnivå ska vara fullständig, fördelar GBD-modellen ut dessa dödsfall till hälsotillstånd som bedöms vara rimliga dödsorsaker (Johnson, Cunningham, Dippenaar, Sharara & Wool 2021). Därmed kan antalet dödsfall för ett hälsotillstånd som skattas av GBD skilja sig från vad som anges i Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

GBD-skattningar är jämförbara för olika år

Metoden i GBD-projektet utvecklas ständigt över tid, till exempel vad gäller underliggande antaganden och underlag för beräkningar. Därför uppdateras tidigare historiska estimat varje gång en ny version av GBD produceras (Institute for Health Metrics and Evaluation 2024). Det möjliggör för oss att jämföra sjukdomsbördan 2021 med 2001, trots att GBD-projektets metod i början av 2000-talet skilde sig från hur den ser ut i dag.

Så beräknar vi sjukdomsbörda i rapporten

Vi redovisar genomgående sjukdomsbörda som antal DALY (alternativt YLD, YLL) per 100 000 invånare. Det gör vi för att bättre kunna jämföra grupper som är olika stora som kvinnor och män, olika åldersgrupper, eller jämförelser mellan olika år. Om vi till exempel jämför svenska kvinnors och mäns sjukdomsbörda har vi alltså delat varje köns sjukdomsbörda i antal DALY med antalet svenska kvinnor respektive män, och sedan multiplicerat med 100 000. När vi jämför sjukdomsbördan mellan olika länder har vi åldersstandardiserat estimaten, med svenska kvinnor 2021 som standardpopulation. Statistik på befolkning har hämtats från GBD-databasen.

I de resultat som presenteras i den här rapporten är urvalet alltid begränsat till befolkningen i åldern 10 år eller äldre.

Bilaga 2: Metod sjukfrånvaro

Här beskriver vi statistiken över sjukfrånvaro som vi använder i rapporten. Statistiken har vi fått från Försäkringskassan.

Sjukfrånvaro är ett sätt att beskriva konsekvenser av sjukdom

I likhet med DALY tar sjukfrånvaro sin utgångspunkt i diagnostiserbar sjukdom, eftersom det krävs ett läkarintyg från dag åtta för att beviljas sjukfrånvaro. Samtidigt är det långt ifrån alla med en diagnostiserad sjukdom som har sjukfrånvaro. Det är bara den sjukdom som leder till nedsättning av arbetsförmågan, i förhållande till kraven på det egna arbetet, som berättigar till sjukskrivning och som därmed ingår i statistiken. Dessutom behöver arbetsförmågan vara reducerad med minst 25 procent för att sjukfrånvaro ska kunna beviljas. Vidare gäller måttet bara den del av befolkningen som är i arbetsför ålder och har rätt till ersättning enligt socialförsäkringen.

Vi inkluderar sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning

I rapporten presenterar vi statistik över sjukfrånvaro, mätt som ersatta nettodagar både för sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Med nettodagar menas att dagar med partiell ersättning räknas om till hela dagar, till exempel räknas två dagar med halv ersättning som en nettodag.

Bara längre sjukfrånvarofall ingår

I Försäkringskassans statistik ingår bara sjukfrånvarofall som är längre än 14 dagar, eftersom det endast är de sjukfrånvarofallen som ersätts med sjukpenning (se faktaruta). För sjukfrånvarofall upp till 14 dagar är arbetsgivaren ansvarig för att betala ut så kallad sjuklön. Statistik på sjuklön finns att hos Statistiska centralbyrån. Men eftersom statistiken inte går att bryta ned utifrån sjukdom, så är den inte heller en användbar datakälla för den här rapportens mål. Sjuknärvaro, det vill säga närvaro på arbetet trots nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, är inte heller något som vi har möjlighet att mäta.

När vi redovisar statistiken uppdelat per diagnosområde inkluderas bara de fall där tillståndet har registrerats som huvuddiagnos. Huvuddiagnosen ska vara den sjukdom som påverkar arbetsförmågan mest.

Faktaruta sjukförsäkringssystemet

Sjukförsäkringen syftar till att ersätta inkomstbortfall på grund av sjukdom. I huvudsak består sjukförsäkringen av två delar: sjukpenning som ska ge ett skydd vid tillfällig arbetsförmåga och sjukersättning som ska ge ett skydd vid varaktig arbetsförmåga.

Sjukpenning

Den som arbetar och är försäkrad i Sverige och förlorar arbetsförmågan på grund av sjukdom är berättigad till sjukpenning för att kompensera för inkomstbortfallet. Under de första 14 dagarna i en sjukperiod ansvarar arbetsgivaren för att betala sjuklön till den som är anställd. Om nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår efter perioden med sjuklön kan personen få sjukpenning från Försäkringskassan. Sjukpenning kan betalas ut på hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels nivå.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Sjukersättning kan beviljas till personer som är 19–65 år och har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga till följd av funktionsnedsättning eller sjukdom. År 2003 ersatte sjukersättningen den tidigare förtidspensionen. Ersättningen kan fås som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedel.

Personer i åldern 19–29 år kan beviljas aktivitetsersättning om de har fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år av medicinska skäl. Ungdomar som på grund av funktionsnedsättning ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskole- och gymnasienivå har rätt till hel aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång under studierna. Sedan den 1 februari 2017 kan även personer i åldern 19–29 få hel sjukersättning, om deras arbetsförmåga bedöms vara stadigvarande helt nedsatt.

Källa: Försäkringskassan (2023a).

Flera olika aspekter kan påverka nivån på sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron i en befolkning påverkas av många olika faktorer på olika strukturella nivåer, vilket är viktigt att komma ihåg när man ska tolka statistiken. Fluktuationer i sjukfrånvaron över tid kan, förutom skillnader hälsa, livsstil och befolkningsstruktur, även härledas till faktorer som attityder till sjukskrivning, arbetsmarknadsförhållanden, arbetsmiljö och ekonomiska incitament att arbeta (Försäkringskassan 2024). Även regelverket för sjukskrivning och dess tillämpning, samt politiska mål för arbetslöshet och sjukfrånvaro påverkar. I Sverige har bland annat regeringens halveringsmål av sjukfrånvaron 2003, införandet av rehabiliteringskedjan 2008 och regeringens mål om att minska sjukpenningtalet till 9,0 från 2015 varit faktorer som alla påverkat nyttjandegraden av sjukförsäkringen. Både arbetsförmåga och sjukdom är dessutom normativa begrepp och deras betydelse kan förändras över tid (Försäkringskassan 2023a, 2024).

Bilaga 3: Ytterligare analyser av sjukdomsbörda

Här presenterar vi några ytterligare analyser av flickors och kvinnors sjukdomsbörda.

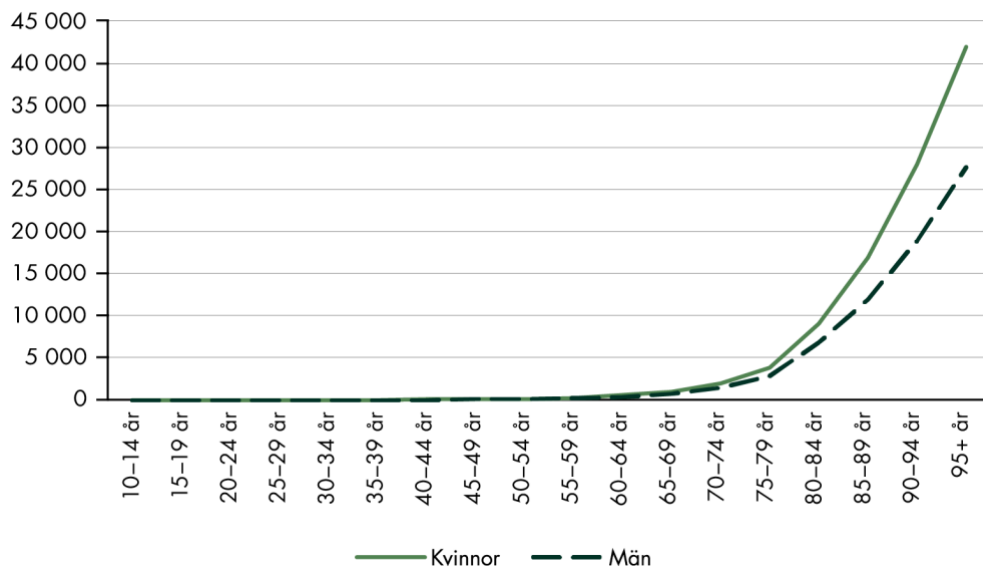
Sjukdomsbörda i olika åldersgrupper för enskilda hälsotillstånd

I kapitel 4 redovisar vi hur sjukdomsbördan skiljer sig mellan kvinnor och män för olika hälsotillstånd. Här visar vi på mer detaljerad nivå hur sjukdomsbördan varierar mellan olika åldersgrupper för respektive kön. Fokus ligger på de hälsotillstånd där kvinnor har större sjukdomsbörda än män, och där skillnaden är som störst.

Demenssjukdomar

Figur 28. Sjukdomsbörda demenssjukdomar över åldersgrupper, kvinnor och män, 10 år och äldre, 2021.

DALY per 100 000

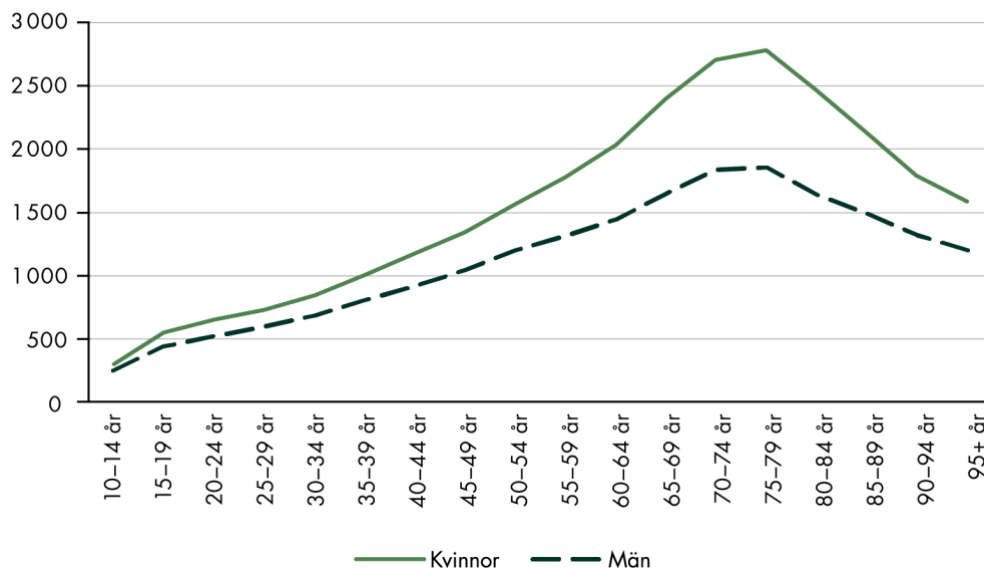


Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Ländryggsmärta

Figur 29. Sjukdomsbörda ländryggsmärta över åldersgrupper, kvinnor och män, 10 år och äldre, 2021.

DALY per 100 000

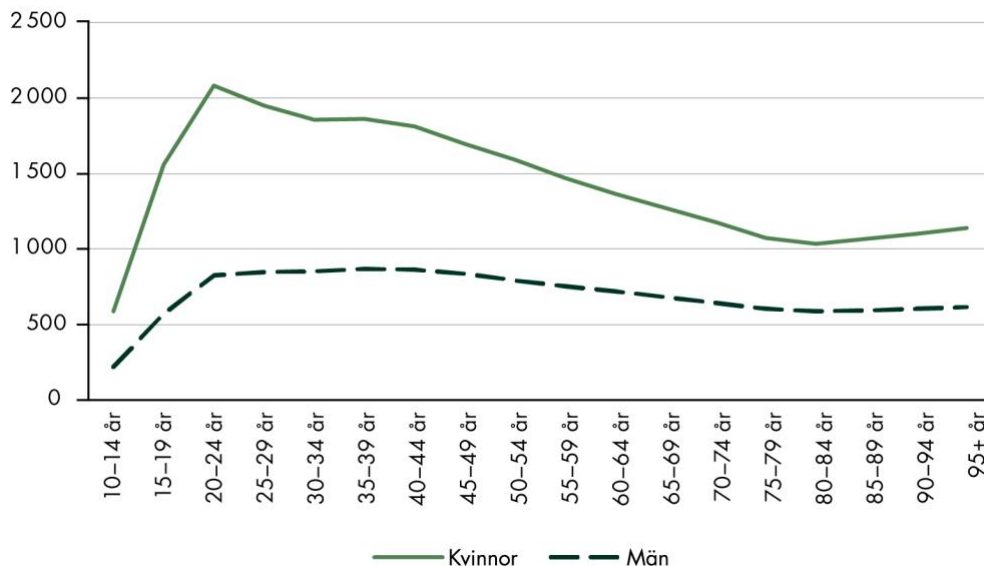


Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Depression

Figur 30. Sjukdomsbörda depression över åldersgrupper, kvinnor och män, 10 år och äldre, 2021.

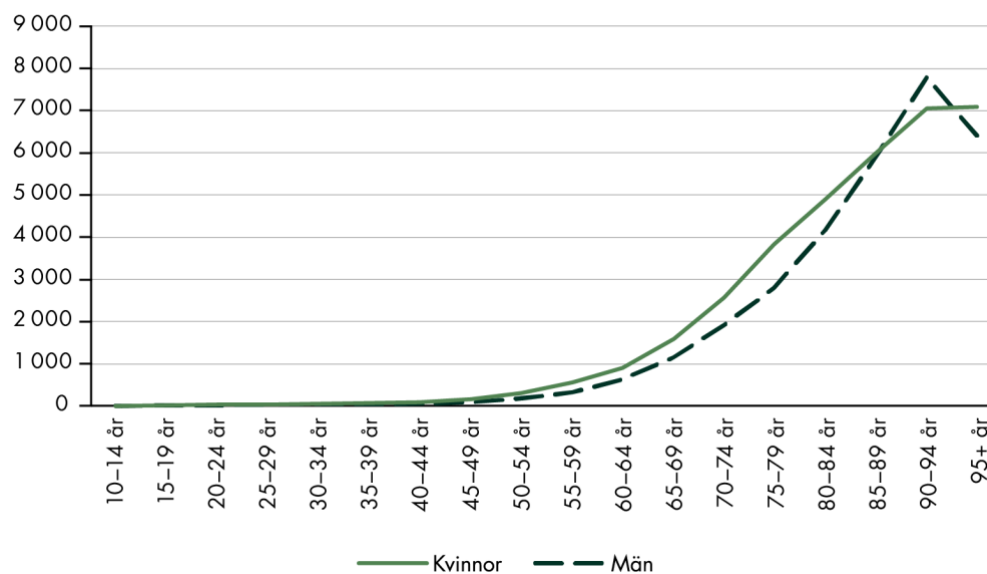
DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Kol

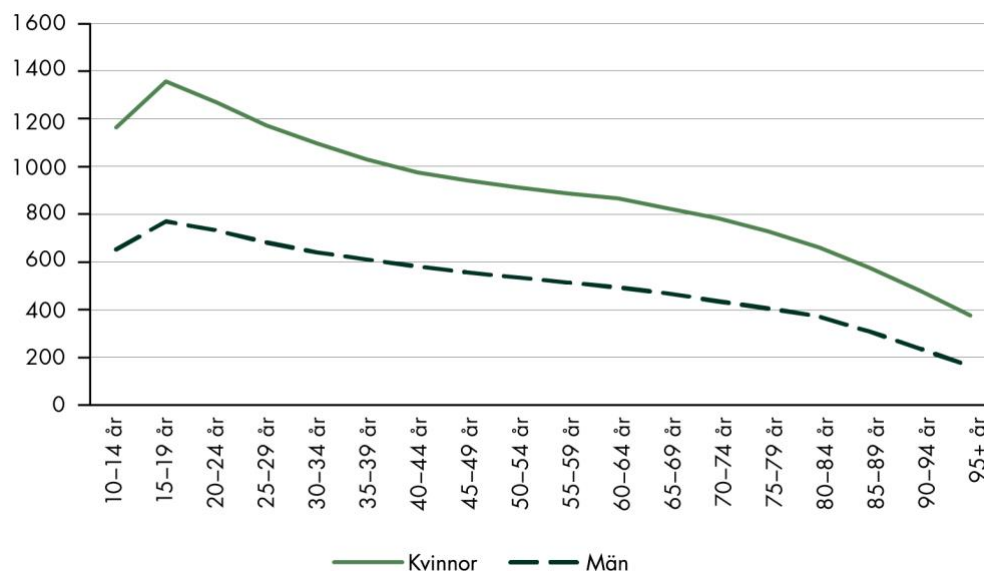
Figur 31. Sjukdomsbörda kol över åldersgrupper, kvinnor och män, 10 år och äldre, 2021.
DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Ångestsyndrom

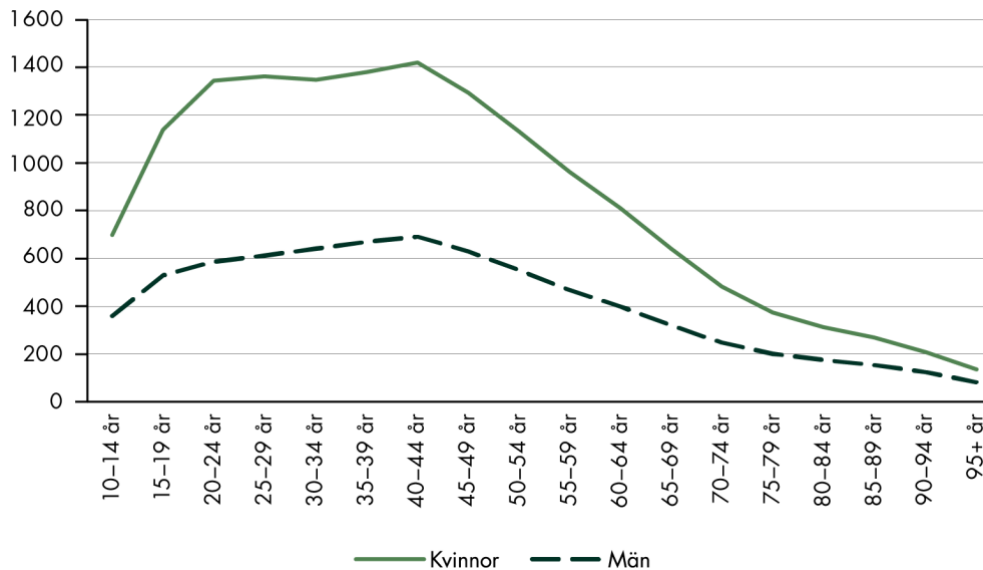
Figur 32. Sjukdomsbörda ångestsyndrom över åldersgrupper, kvinnor och män, 10 år och äldre, 2021.
DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Migrän

Figur 33. Sjukdomsbörda migrän över åldersgrupper, kvinnor och män, 10 år och äldre, 2021. DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Internationella jämförelser

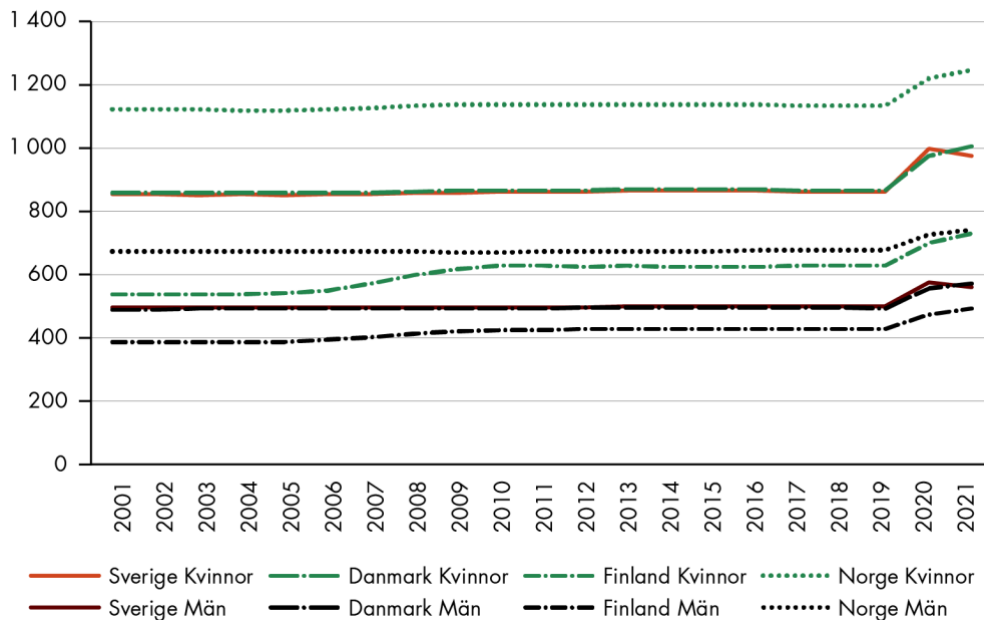
I kapitel 4 redovisar vi hur sjukdomsbördan för demenssjukdomar, depression, kol, lungcancer och kranskärslsjukdom har utvecklats över tid för svenska kvinnor och män, jämfört med våra grannländer Danmark, Norge och Finland. Här visar vi motsvarande figurer för ångestsyndrom, migrän och ländryggsmärta.

Vi har åldersstandardiserat sjukdomsbördan, vilket innebär att vi tar hänsyn till skillnader i åldersstruktur mellan länder, mellan könen och över tid.

Ångestsyndrom

Figur 34. Sjukdomsbörda ångestsyndrom (åldersstandardiserat), per land och över tid, kvinnor och män, 10 år och äldre.

DALY per 100 000

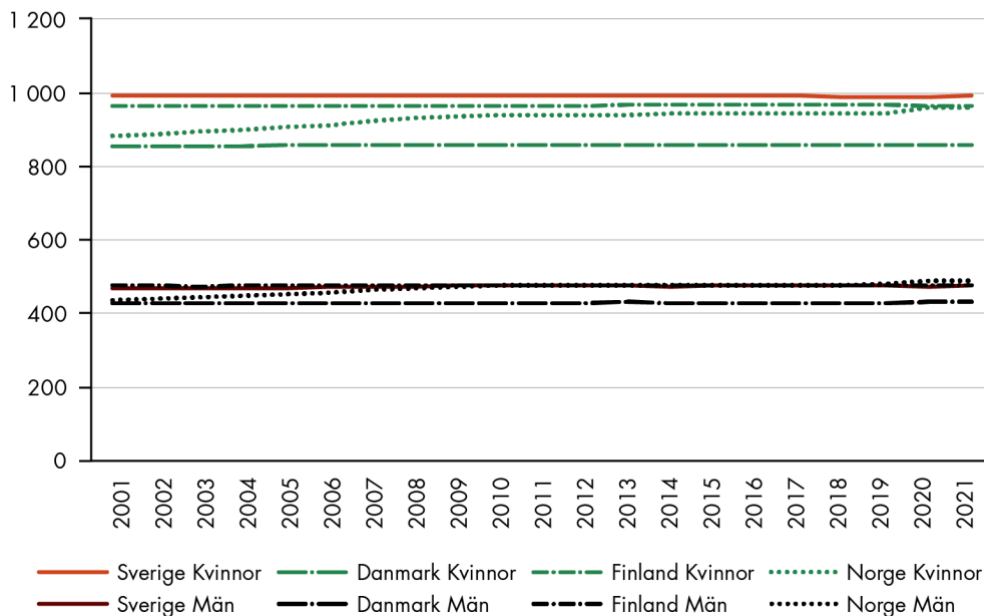


Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Migrän

Figur 35. Sjukdomsbörda migrän (åldersstandardiserat), per land och över tid, kvinnor och män, 10 år och äldre.

DALY per 100 000

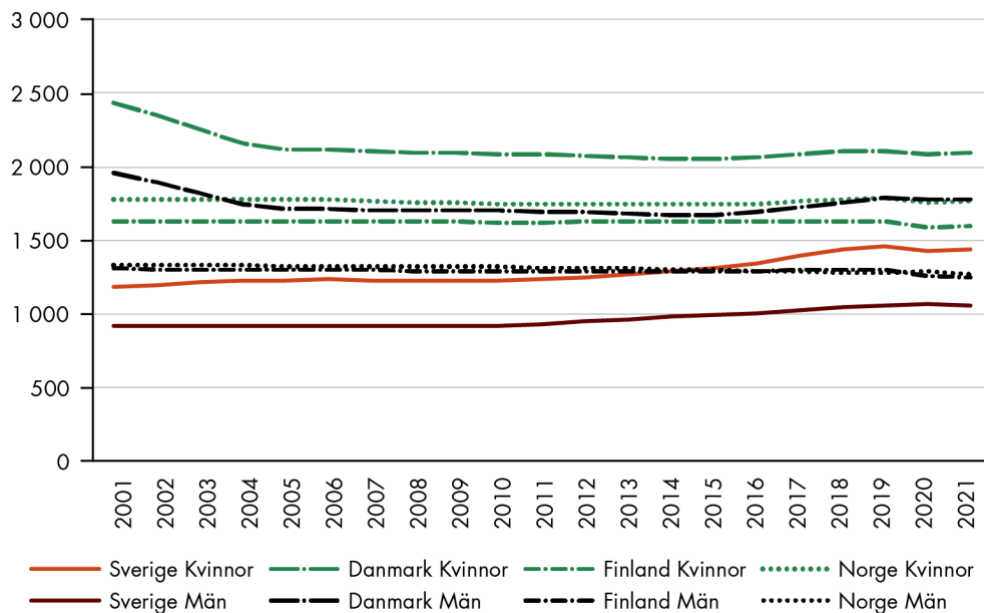


Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Ländryggsmärta

Figur 36. Sjukdomsbörda ländryggsmärta (åldersstandardiserat), per land och över tid, kvinnor och män, 10 år och äldre.

DALY per 100 000



Källa: Globala sjukdomsbördeprojektet (GBD).

Bilaga 4: Expertgrupp

En referensgrupp med experter har tagit del av ett tidigt utkast av rapportens inledande kapitel och resultatkapitel, lämnat synpunkter samt deltagit i ett möte för att diskutera rapportutkastet.

Tabell 3. Deltagare i referensgrupp med experter

Namn	Titel	Organisation
Kristina Alexanderson	Professor i socialförsäkring	Karolinska Institutet
Ilona Grünberger	Professor i forskning om ojämlikhet i hälsa med folkhälsovetenskaplig/ medicinsk inriktning	Stockholms universitet
Gunnel Hensing	Professor i socialmedicin	Göteborgs universitet
Sofia Lindbom	Utredare	Jämställdhetsmyndigheten
Marika Nyman	Enhetschef, Gustavsbergs barnmorskemottagning och ungdomsmottagning	Akademiskt primärvårdscenter, Region Stockholm
Anke Samulowitz	Regionutvecklare, med dr.	Kunskapscentrum för jämlik vård, Västra Götalandsregionen
Karin Schenck Gustafsson	Professor emerita i kardiologi, specialist i kardiologi och internmedicin, grundare och ordförande Centrum för Genusmedicin vid Karolinska Institutet	Karolinska Institutet

Beslut

Beslut om den här promemorian har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys generaldirektör. Utredaren Ylva Kalin har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Johan Strömblad, t.f. analyschefen Marianne Svensson och chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren deltagit.

Stockholm 2025-04-30

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam

Generaldirektör

Ylva Kalin

Föredragande

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.